RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

Centre de santé et de services sociaux des Basques

AGIR ENSEMBLE EN SANTÉ!

CSSS DES BASQUES
550, rue Notre-Dame Est
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0
Téléphone : 418.851.1111
Télécopieur : 418.851.2934
www.csssbasques.qc.ca

Production
Rédaction : Line Moisan et l'équipe de gestionnaires
Mise en page du rapport : Katleen Hélie
Conception graphique de la page couverture : Serge Gagnon
Révision : Line Moisan, Katleen Hélie

Édition
© Centre de santé et de services sociaux des Basques, 2015.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse : www.csssbasques.qc.ca

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Dans cet ouvrage, la forme masculine n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte sans intention de discrimination aucune.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE 4

LETTRE AU MINISTRE 6

DÉCLARATION DE FIABILITÉ 7

CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS 9

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 11

LE CSSS DES BASQUES EN UN COUP D'ŒIL 13

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 15

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS EXTERNES 34

RAPPORT DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 60

RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR 61

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION 62

RAPPORT DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES 63

RAPPORT DU COMITÉ DES USAGERS 64

RAPPORT DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE 67

RAPPORT DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS 68

RAPPORT DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE 71

RAPPORT DU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE 77

RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL 78

RAPPORT DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 81

RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS 82

RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES 85

RAPPORT DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE 87

RAPPORT DE LA FONDATION DU RSSS DES BASQUES 89

CAPITAL HUMAIN – CSSS DES BASQUES 91

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 92

ANNEXES 114

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Fierté est le thème choisi cette année pour illustrer les réalisations, la performance et les avancées du CSSS des Basques en matière d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins et des services pour notre population. Cette quête de l'excellence est propulsée par notre système de gestion basé sur le Lean management. Ce système de gestion apporte un mouvement perpétuel de remise en question pour standardiser nos processus organisationnels et cliniques. Le Lean management vient supporter notre volonté de faire autrement, à nous dépasser sur le plan de l'efficience, de l'organisation des soins et des services, à être à l'écoute de l'expérience client, à agir sur notre responsabilité populationnelle. C'est avec *fierté* que nous saluons le travail et l'engagement de tous dans l'atteinte de l'ensemble des objectifs de notre planification stratégique 2010-2015.

Fierté d'avoir mis de l'avant des projets novateurs pour maintenir une offre de services consolidée auprès des jeunes et des aînés notamment. Deux projets novateurs d'intégration de services où la fluidité et la souplesse sont au cœur de ces nouveaux modèles en flux tiré.

Fierté de baser nos interventions sur des pratiques reconnues et la mise en place de projets cliniques porteurs pour les usagers et les différentes équipes. L'on pense ici, par exemple, au projet *Vivre et Vieillir en santé*, l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), le projet SERG, celui des soins palliatifs, etc. Le CSSS des Basques participe également aux travaux régionaux afin de resserrer les corridors de services auprès de diverses clientèles.

Fierté que le CSSS des Basques ait déployé un système de gestion où les intentions de la direction, les processus cliniques et l'action sont en synergie dans un modèle de gouvernance médico-administrative novateur. Notre modèle de gestion suscite beaucoup d'intérêt de la part des Hautes Études Commerciales et d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, à un point tel que les gestionnaires du CSSS des Basques organisent actuellement des formations à l'interne et à l'externe de notre établissement sur la culture d'amélioration continue et de performance développée au cours des dernières années. Notre vision est d'ouvrir une école modèle pour former des cadres en exercice qui pourront vivre une immersion et un jumelage avec les cadres du CSSS des Basques.

Fierté de maintenir un équilibre budgétaire rendu de plus en plus complexe en raison du contexte économique, la pression de service et l'équilibre financier sont entre autres, des dimensions qui menacent le fragile équilibre que nous maintenons. L'année écoulée a été une succession de mouvements qui nous conduisent vers autre chose. La prochaine année, le CSSS des Basques évoluera à l'intérieur du regroupement du *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent*.

Nous sommes conscients que chaque geste posé par un membre du personnel, un médecin, un gestionnaire, un stagiaire, un bénévole a un impact direct ou indirect sur les usagers. Chaque action fait la différence dans l'expérience qu'un usager vit lors d'une visite dans nos installations. L'engagement des équipes s'exprime quotidiennement.

Fierté d'entretenir des liens de proximité avec la communauté dans le cadre de partenariats établis avec nos collaborateurs du réseau de la santé et des services sociaux, des secteurs de l'éducation, municipaux, communautaire, mais également avec l'ensemble de la population. Par l'entremise de notre Fondation, le message porté est clair. Oui, comme collectivité nous souhaitons offrir le meilleur environnement de soins et de services

possibles. Comme administrateurs du CSSS des Basques, nous tenons à remercier chaque personne qui choisit de s'impliquer en tant que bénévole ou comme donateur. Merci au nom des usagers qui, pour de nombreuses années, pourront bénéficier d'installations et d'équipements médicaux de haut niveau.

Fierté veut aussi dire se préparer pour l'avenir. Le CSSS des Basques a su s'adapter aux changements passés et a su être résilient malgré les obstacles vécus. L'Établissement est prêt à participer à la transformation du réseau qui s'amorce. Un défi d'envergure inégalé pour améliorer les services de santé et de services sociaux. Nous savons que nous avons les ressources pour relever ce défi. C'est donc avec confiance et réalisme que nous regardons vers l'avenir.

Réal Mc Nicoll et Line Moisan

LETTRE AU MINISTRE

Le 31 mars 2015

Docteur Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Rapport annuel de gestion 2014-2015

Monsieur le ministre,

En ma qualité de président du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques, il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel des activités de notre établissement pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2015.

L'actuel document reflète fidèlement l'ensemble des activités du Centre de santé et de services sociaux des Basques pour l'exercice écoulé.

Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le président du conseil d'administration,

Réal Mc Nicoll

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

À titre de présidente-directrice générale du CISSS Bas-Saint-Laurent, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du CSSS des Basques :

- ∴ décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement
- ∴ présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats
- ∴ présentent des données exactes et fiables

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

Caroline Morin
Directrice des ressources financières

Rapport de la direction

Les états financiers du CSSS des Basques ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS des Basques reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La directrice générale

Le directeur des ressources financières

CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COLLÈGE ÉLECTORAL : POPULATION

Monsieur Alain BÉLANGER
Madame Lise BÉLANGER

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : FONDATION

Monsieur Raoul RIOUX

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Docteure Annie CHARBONNEAU

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Madame Diane LEPAGE

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Madame Andrée MICHAUD

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : PERSONNEL NON CLINIQUE

Monsieur Simon LÉVESQUE

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : COMITÉ DES USAGERS

Monsieur Jean-Pierre APRIL

NOMINATIONS PAR L'AGENCE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Madame Suzette OUELLET, vice-présidente
Monsieur Pierre TREMBLAY

COOPTATION

Monsieur Réal MC NICOLL, président
Monsieur Aubin LARRIVÉE
Madame Johanne BÉLANGER
Madame Julie BOUCHER
Madame Thérèse MORISSETTE
Monsieur Clément OUELLET
Madame Nicole SIROIS

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Monsieur Jean-Pierre APRIL
Monsieur Réal MC NICOLL
Monsieur Pierre TREMBLAY

COMITÉ DE RÉVISION

Madame Julie BOUCHER, présidente
Docteure Danielle CADRIN
Docteure Céline BORDELEAU
Docteur Éric LAVOIE, substitut

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Madame Nicole SIROIS
Madame Lise BÉLANGER
Monsieur Alain BÉLANGER / Monsieur Raoul RIOUX

COMITÉ D'APPRÉCIATION DE LA CONTRIBUTION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Monsieur Réal MC NICOLL
Madame Suzette OUELLET
Madame Nicole SIROIS

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Monsieur Réal MC NICOLL
Madame Suzette OUELLET
Madame Johanne BÉLANGER

GESTIONNAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Madame Line MOISAN, directrice générale

Docteur Simon DELISLE, directeur des services professionnels

Madame Élizabeth LAVOIE, directrice des services communautaires

Madame Andrée MICHAUD, chef de service ressources matérielles et techniques

Madame Annie Thibault, directrice des soins infirmiers par intérim

Madame Pascale RIOUX, chef du service des ressources financières

Monsieur Dominique ROBERGE, chef en santé physique / Monsieur Frédérick ROSS, chef en santé physique, début février 2015

Madame Mélanie THIVIERGE, conseillère-cadre en soins infirmiers

Madame Josée-Anne Bourgoin, chef des programmes de première ligne

Madame Julie PELLETIER, conseillère en relations de travail

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

MISSION

Le Centre de santé et de services sociaux des Basques offre des services intégrés, sécuritaires et de qualité visant à promouvoir, à maintenir, à améliorer et à rétablir la santé et le bien-être de la population de même que l'accompagnement en fin de vie.

Par son écoute des besoins de sa population, le Centre de santé et de services sociaux des Basques définit son offre de services. Celle-ci se traduit par des services de santé et de services sociaux de première ligne, accessibles, continus et personnalisés.

Afin de réaliser sa mission, le Centre de santé et de services sociaux des Basques :

- Agit en interdisciplinarité et coordonne, avec les partenaires, la continuité des services en y associant les usagers des services et la population
- Supporte le développement des milieux de vie et assure une proximité des services
- Soutient des activités d'enseignement et de recherche en collaboration avec l'Université Laval notamment avec l'Unité de médecine familiale (UMF) et le Groupe de médecine de famille (GMF).

VISION

Tenant compte des besoins d'une population vieillissante qui réside sur le territoire des Basques, le Centre de santé et de services sociaux des Basques entend être une organisation avant-gardiste qui contribue, avec l'ensemble de ses partenaires, à une approche préventive intégrée tout en offrant des services de santé et des services sociaux adaptés, accessibles, continus et de qualité.

D'ici 2015, le Centre de santé et de services sociaux des Basques s'appuiera sur l'engagement, les pratiques novatrices et l'entraide entre le personnel, les gestionnaires, les médecins et les bénévoles pour l'atteinte d'une meilleure santé et du mieux-être de la population.

VALEURS

Le Centre de santé des Basques a retenu quatre grandes valeurs à mettre en application dans ses relations tant avec la population, les usagers, les partenaires qu'au sein de l'organisation. Ces quatre grandes valeurs qui sont le *respect*, l'*interdisciplinarité*, la *compétence* et le *plaisir au travail* sont chapeautées par un élément crucial dans la prestation des services : la qualité.

La qualité pouvant sommairement être définie comme étant le bon service, au bon usager, par le bon intervenant, et ce, au meilleur coût possible.

RESPECT

Se démontre par des attitudes, des comportements et des approches telles que l'ouverture, l'écoute, l'empathie et la disponibilité envers l'autre. Qu'il s'agisse des personnes ou des installations, il privilégie le savoir-être et la dignité de la personne.

INTERDISCIPLINARITÉ

Développement d'une vision commune, le partage d'informations, de connaissances, d'expériences et le soutien mutuel.

COMPÉTENCE

Maîtrise des savoirs notamment par l'acquisition des connaissances, le développement des habiletés et de bonnes attitudes, le recours aux données et aux pratiques probantes et finalement, la créativité. Elle incite les personnes et les équipes à se questionner, et ce, dans un souci de qualité, de rigueur et de satisfaction des besoins de la population.

PLAISIR AU TRAVAIL

Implique une adéquation qui se transpose sur plusieurs éléments reliés à la philosophie de gestion des ressources humaines. Parce qu'on passe plusieurs heures par semaine dans notre milieu de travail, parce que notre travail occupe une part importante de nos activités, il est important pour maintenir notre équilibre, d'en retirer de la satisfaction et du plaisir. Il faut se souvenir que la satisfaction au travail entraîne bien souvent la satisfaction dans la vie personnelle!

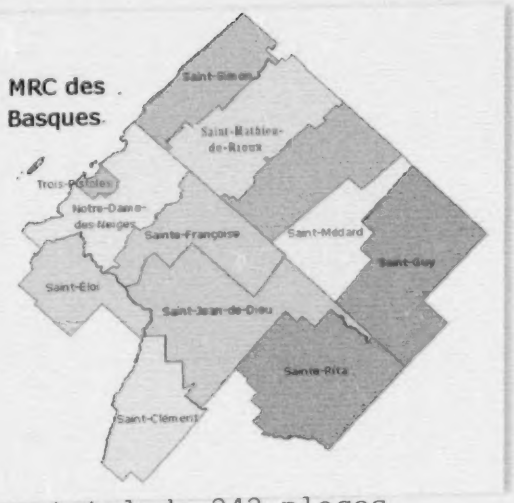
LE CSSS DES BASQUES EN UN COUP D'ŒIL

TERRITOIRE DE LA MRC DES BASQUES
11 municipalités, population : 8 994 citoyens*

SIÈGE SOCIAL
550, rue Notre-Dame Est
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0

POINT DE SERVICE (jusqu'au 19 mars 2015
20, rue de la Villa
Saint-Jean-de-Dieu (Québec) G0L 3M0

POINT DE CHUTE
25, rue Saint-Pierre
Saint-Clément (Québec) G0L 2N0



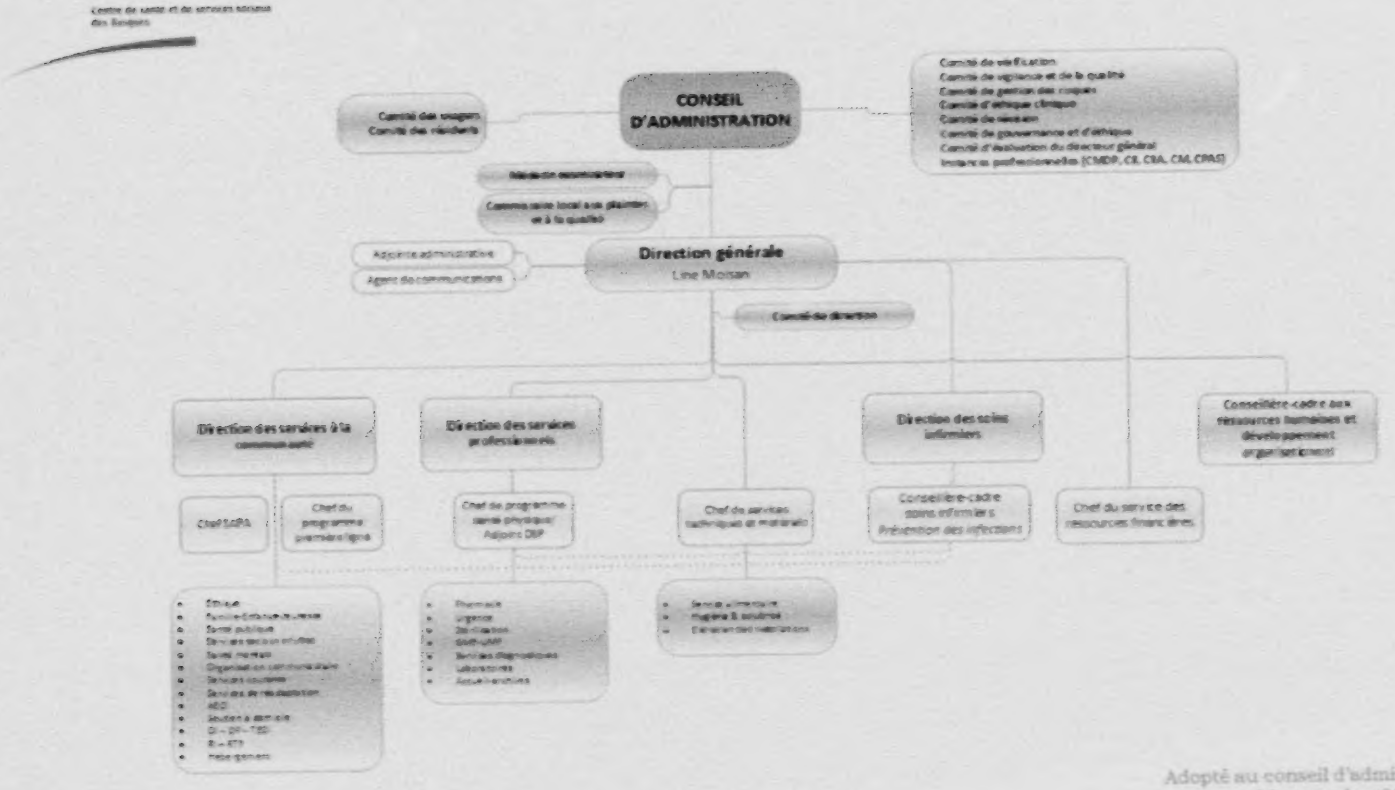
LITS DRESSÉS
Longue durée (Centre d'hébergement
CHSLD Trois-Pistoles : 58 lits)

RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ
11 ressources privées d'hébergement pour un total de 242 places
15 places en ressources intermédiaires

RESSOURCES HUMAINES
215 employés
15 membres actifs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
36 bénévoles

En réseau avec 81 partenaires du milieu communautaire, scolaire et municipal en plus de 3 bénévoles « Marche de la mémoire Basque » et 36 bénévoles « Campagne paniers de Noël », 3 bénévoles « Collecte de jouets », 10 bénévoles « Popote roulante » et 3 pour « La Boîte Fraîcheur des Basques ».

*Source : http://www.mamrot.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/fiche/mrc/110/



Adopté au conseil d'administration du 20 novembre 2013

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Actualiser les projets cliniques

Intégration en continuum de services

L'an 2014-2015 a été une année charnière dans l'actualisation des projets cliniques notamment en matière d'intégration de continuum de services pour la clientèle du territoire des Basques. Le projet jeunesse et l'arrimage des leaders dans le continuum ont permis l'émergence du groupe Entrain pour les jeunes familles en négligence. Notons également une belle mobilisation en ce qui concerne le chantier santé mentale, chantier pauvreté et le chantier des saines habitudes de vie qui ont mené à des activités concrètes pour amélioration du bien-être de notre population.

- ∴ Activités de groupes en SM
- ∴ Consolidations des ressources en sécurité alimentaire
- ∴ Création d'environnements favorables dans la MRC
- ∴ Formation dans les terrains de jeux
- ∴ Activités jeunesse pour les aptitudes à la lecture
- ∴ Formation des agents Vie active

Intégration du programme École en santé et des interventions en prévention-promotion

L'an 2014-2015 est la deuxième année de financement des agents en promotion-prévention. Cette année, notons une bonification du programme École en santé du CSSS des Basques par la participation importante des deux agents en PP. Formation des enseignants, travail conjoint avec les directions d'école sur la création d'environnements favorables et activités auprès des jeunes en matière de saines habitudes de vie sont les grandes activités menées l'équipe-École en santé du CSSS des Basques.

Intégration dans le développement de la communauté

L'arrimage des agents de développement du territoire avec les agents des services sociaux et de santé a permis de mieux cerner les rôles et responsabilités de chacun et de bonifier certains projets par l'expertise de tous. La responsabilité populationnelle, c'est l'affaire de tous!

Un défi important, mais significatif : le vieillissement en santé de la population!

Le vieillissement marqué de la population du territoire des Basques est un grand défi auquel toute la population doit faire face. La MRC des Basques est la plus vieillissante au Québec en affichant un taux de 27 % de la population âgée

de 65 ans et plus comparativement à 20 % pour le QC. Ce taux ne cesse pas d'augmenter pour les prochaines décennies et affichera 40 % d'ici 2025. Le vieillissement en santé devient une voie de passage incontournable pour assurer le bien-être et le développement de la population. Le CSSS des Basques a mis sur pied le programme Vivre et vieillir en santé (VVES) qui propose une vision systémique de la santé et l'importance d'agir sur les déterminants de la santé afin de prévenir l'apparition de la maladie chronique et du vieillissement prématuré. Le plan d'action repose sur trois grands axes et mobilise l'ensemble des partenaires du milieu économique, politique et social. L'an 2014-2015 a permis de mobiliser les acteurs principaux et de préparer la campagne de communication pour le printemps 2015-2016 : *Zone de santé! Zone de bonheur!*

Optimiser les services et la programmation clinique

Révision de l'organisation du travail en nutrition : intégration de la clientèle 0-100 ans

Des travaux d'optimisation ont été réalisés en nutrition afin de diminuer les délais d'accès aux services. Globalement, les tâches cléricales, notamment la gestion des rendez-vous, ont été revues et attitrées au secrétariat du CLSC. Ceci a permis d'assurer une présence régulière de la clientèle en nutrition. Un agenda standard a été fait en lien avec les visites en CHSLD et les visites dans le point de services de St-Jean-de-Dieu. Bref, le tout a permis de diminuer la liste d'attente et d'organiser le travail de la nutritionniste.

Révision de l'organisation du travail en ergothérapie pour le volet programme d'adaptation domiciliaire

Des travaux d'organisation du travail ont été faits en ergothérapie afin de diminuer les délais d'accès au programme d'adaptation domiciliaire. Concrètement, un agenda standard a été établi avec l'ergothérapeute suite à une analyse du nombre de demandes annuelles et du temps consacré à la réalisation d'un programme d'adaptation domiciliaire. Des critères de priorisation ont également été revus enfin de prioriser la clientèle à voir. Le tout a permis de réaliser cinq fois plus de programmes d'adaptation que l'an dernier.

Révision de l'organisation des services dans les secteurs des services sociaux généraux et santé mentale

L'année 2014-15 a permis de bien cerner le fonctionnement des équipes en services sociaux et de les préparer a réorganisé les services de façon à diminuer les délais d'accès. L'équipe avec sa gestionnaire a utilisé des outils de la gestion de l'amélioration quotidienne (mêlée d'équipe, tableaux de bord) ce qui a permis de standardiser les processus et de faire de la gestion du changement. Les prochains travaux consisteront à travailler en KATA pour diminuer les délais d'accès.

Révision des tâches de médecine transfusionnelle et les soins courants de santé

En vue de favoriser un service plus adapté pour les patients recevant des transfusions de produits sanguins, ces interventions ont été transférées de l'urgence vers les soins courants de santé. Ceci a permis d'offrir un service plus adapté aux conditions des transfusés, rapide et intime.

Mettre en œuvre un continuum PALV renouvelé

Matrice SAPA : analyse prospective des besoins et des services requis

Dans une perspective de bien évaluer les besoins de la population aînée en matière de services de santé, le CSSS des Basques a initié des travaux d'analyse et de révision de son offre de services. Divers paramètres ont été utilisés et ont permis de créer une matrice d'aide à la décision. Cette matrice prend en compte la démographie de la population âgée, les profils ISO-SMAF, la consommation de services, l'offre de service actuel et sa performance optimisée et les ressources allouées (financières, humaines, matérielles).

La matrice d'aide à la décision démontre qu'en 2020, pour offrir les services actuels auprès de la population vieillissante du territoire des Basques, un manque à gagner de 2 millions de $ est à prévoir pour maintenir l'offre de services.

Devant ce constat, l'équipe du CSSS des Basques propose un nouveau modèle intégrateur basé sur les données probantes en matière de services de santé de proximité pour les aînés. (gestion de cas, intensité de services d'assistances, collaboration avec le RLS, etc.) Le projet novateur a fait l'objet d'une présentation aux instances politiques régionales et nationales. Son implantation est prévue pour 2015-16.

Programmes de soins palliatifs à domicile

En vue de permettre aux personnes désirant mourir à la maison, le CSSS des Basques a revu son offre de services et son organisation du travail pour permettre un accompagnement à domicile des personnes et de leur famille dans les derniers moments de vie.

Augmentation des heures des prestations directes en soins à domicile

Cette année, une augmentation significative des heures de prestations directes auprès de la clientèle du soutien à domicile a été enregistrée. L'introduction d'un 1 ETC d'infirmière auxiliaire et de 0,7 ETC en travail social a permis de bonifier l'offre de services. En plus, notons une augmentation des services achetés pour les besoins d'assistances afin de maintenir les aînés à domicile.

Travail avec le RLS sur un continuum de services pour les personnes âgées

Le chantier proche aidant a révisé son fonctionnement et s'est mobilisé sur les modalités à mettre en place pour créer un continuum de services notamment en ce qui concerne les services de répit, de gardiennage et d'assistance à la vie quotidienne. Des actions sont

en cours d'élaboration et seront actualisées dans la prochaine année.

Déploiement de l'approche AAPA

Le déploiement de l'approche adapté aux personnes âgées a été réalisé dans le département des urgences. Ceci a permis de mieux cerner les facteurs contribuant au déclin fonctionnel des personnes âgées hospitalisées et de mettre en place des actions pour éviter des pertes fonctionnelles liées à un épisode de soins aigus en milieu institutionnel. Concrètement, l'environnement a été modifié (horloge, ajout de chaises berçantes, etc.), des programmes de marches, routines de lever, routines de toilette ont été établis et le personnel (gestionnaire et intervenants) a été formé à cette nouvelle approche.

Améliorer la prise en charge des clientèles vulnérables

Intégration des équipes jeunesse CSSS-CJ des Basques : équipe PassaJe des Basques

Dans une perspective d'offrir des services adaptés et d'assurer une continuité de soins, l'Équipe jeunesse du CSSS des Basques et l'équipe du Centre jeunesse (CJ) des Basques ont regroupé leurs intervenants en une seule équipe sous la direction du CJ. Ce regroupement a permis d'élaborer une nouvelle trajectoire de services et une offre de services jeunesse bonifiée pour le territoire des Basques. Le tout permet d'offrir rapidement des services adaptés aux jeunes présentant des vulnérabilités, d'éviter les doublons non thérapeutiques entre la première et la deuxième ligne.

Projet SERG (services d'évaluation et de réadaptation gériatrique), intégration des professionnels dans une seule équipe

Le projet SERG vise l'intégration des services de réadaptation en une seule équipe en vue de répondre aux besoins de la clientèle aînée, et ce, pour l'ensemble du territoire. Le premier volet de cette transformation a permis de transférer les activités du centre de jour vers la communauté et de dégager l'ensemble de ressources professionnelles pour restructurer les services de réadaptation. À ce jour, un continuum des services de réadaptation est présent au CSSS des Basques et permet à la clientèle des secteurs CHSLD, SAD, RI, UTRF, clinique externe et urgence de recevoir des services par une même équipe. Le projet a également permis de bonifier le prêt d'équipements orthopédiques en allouant une ressource 5 jours/semaine ainsi rendant plus fluide les services de postopératoire et les services du soutien à domicile.

Groupe en maladie chronique : intégration et hiérarchisation

En vue de répondre aux objectifs d'autogestion gestion des soins dans le programme maladie chronique, le groupe en kinésiologie a été bonifié de sorte à introduire diverses capsules d'informations réalisées tant par la nutritionniste, l'infirmière que par la travailleuse sociale. L'apport interdisciplinaire au groupe permet d'aborder plusieurs facteurs liés à la maladie chronique. Les travaux pour 2015-2016 consisteront à favoriser le groupe comme modalité primaire dans le suivi des maladies chroniques et de hiérarchiser les suivis individuels selon le stade et l'intensité requise.

Approche adaptée à la personne âgée

Le vieillissement de la population continue de s'accentuer. Il faut ajuster les pratiques pour tenir compte de la vulnérabilité des personnes âgées. Le risque de déclin fonctionnel peut s'aggraver, pour les personnes âgées, lors de l'hospitalisation, sans égard à la maladie qui les amène à l'hôpital. L'hôpital est un lieu pour régler des problèmes et non pas en causer!

Tous les professionnels travaillant à l'urgence et un médecin ont été formés à cette approche. Les autres médecins et autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire ont été sensibilisés. Des actions concrètes sont en cours (dépistage de la perte d'autonomie, le bilan comparatif des médicaments, les signes vitaux des aînés, activités préventives et spécifiques afin de prévenir le déclin fonctionnel chez nos aînés qui sont observés ou admis à l'urgence. Nous voulons soutenir les actions interdisciplinaires pour la prochaine année et consolider cette approche.

Clinique des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

Cette clinique de dépistage a été mise sur pied il y a 2 ans maintenant au sein de l'UMF/GMF. Elle consiste à dépister et traiter rapidement une population à risque d'avoir contracté une de ces maladies et ainsi, en prévenir la transmission dans notre MRC. Cette année nous avons bonifié nos services en adoptant des ordonnances collectives permettant aux infirmières cliniciennes de demander des tests de dépistage si un client est symptomatique et de le traiter avec des antibiotiques en cas de maladie sans avoir à demander au médecin. Nous voulons publiciser ce service à notre population pour la nouvelle année.

Mettre en œuvre une approche intégrée et continue d'amélioration de la qualité

Un modèle de gestion consolidé

Notre modèle de gestion basé sur le Lean management s'est affirmé davantage au cours de la dernière année. Considérant les projets novateurs supportés pour assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité rendue dans les soins et les services auprès de la population, il va sans dire que nous avons demandé aux équipes de travailler autrement. Les gestionnaires devaient faire autrement également. Nous avons donc travaillé à mettre en place un système de gestion de la qualité au quotidien axé sur la résolution de problème.

Tous les projets sont dorénavant alignés sur les orientations de notre Vrai Nord : la satisfaction des usagers.

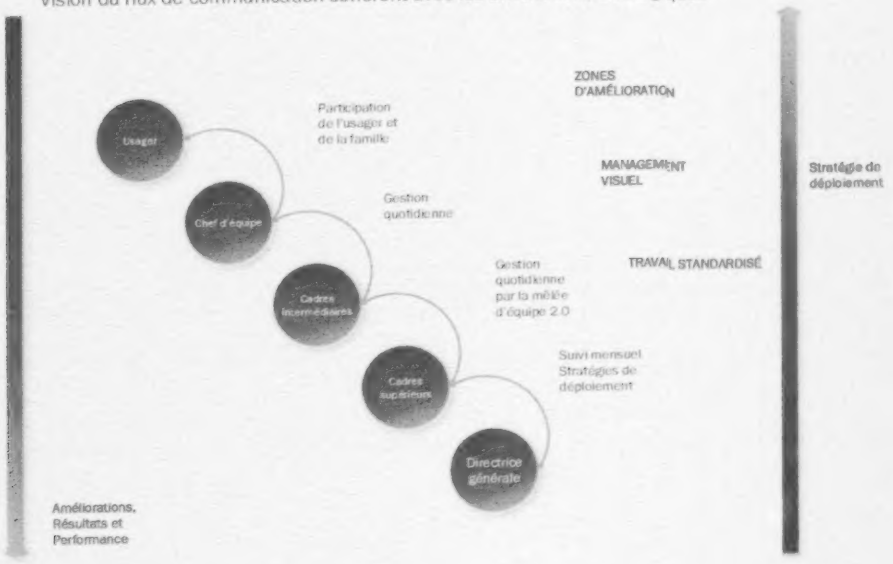
Le système de gestion nous permet de voir et de partager la performance organisationnelle et ses résultats.

Nous cherchons à atteindre l'excellence à travers de petits cycles d'amélioration continue de la qualité.

Les composantes du système de gestion au CSSS des Basques.

NOS CIBLES	NOS ACTIONS
Être un établissement en cohérence	Des actions alignées sur la planification stratégique 2010-2015
Comprendre notre performance et mettre en place des contre-mesures	Suivis périodiques de l'entente de gestion, des recommandations d'Agrément Canada et des recommandations du ministère suite à la visite en CHSLD.
Prioriser les problèmes et mettre en place des solutions	Gestion de portefeuille de projets
Avoir des attentes claires, être rigoureux dans les différents suivis	Standardisation des différents processus
Être une organisation transparente	Le management visuel (grand babillard, tableau de mêlées d'équipe 2.0, gemba, etc.)
Travailler sur les causes souches, avoir un esprit scientifique, expérience sur la satisfaction	Pensée A3 (lorsque le problème identifié ne peut se résoudre par 3 actions) Expérience sur la satisfaction patient

Vision du flux de communication cohérent avec les orientations stratégiques



Où en sommes-nous? Rigueur, persévérance et cohérence!

Au cours de la dernière année, nous avons poursuivi notre quête de l'excellence par la remise en question de notre mêlée d'équipe 1.0. La trouvant trop statique, peu définie en termes d'indicateurs à poursuivre et enlignés sur les objectifs de la direction générale, celle-ci a évolué vers un modèle de mêlée d'équipe 2.0 incluant la démarche kata.

Une fois de plus, nous avons supporté ce changement en offrant une formation appropriée et un coaching pour aider les équipes dans la gestion de ce changement qui apporte toute la quadrature de la culture de la mesure.

Le processus de la mêlée d'équipe a donc été revu par l'ensemble des gestionnaires et des médecins et fait l'objet présentement d'un kata à la direction générale.

Chaque directeur est responsable d'animer les indicateurs de processus de son secteur et qui sont en lien avec le Vrai Nord de la direction générale.

Les visites satisfaction patient sont présentement en projet-pilote. Ce qui revient à dire que trois gestionnaires font l'essai du questionnaire standardisé pour capter la cohérence des questions auprès des usagers. L'expérience pilote est probante et s'actualisera dans tout l'établissement le 1er avril 2015.

Dans un but de bien comprendre le management Lean, deux gestionnaires et un membre du conseil d'administration se sont déplacés vers le ThedaCare Hospital situé au Wisconsin. Ils ont été en capacité d'apprécier le modèle de gestion en cascade et la participation de l'usager et de sa famille dans le consentement aux soins et aux ser-

vices. Cette visite a permis de maîtriser davantage notre système de gestion et d'insuffler un souffle nouveau à notre projet de faire autrement.

Une participation au Colloque Lean Management

En mai 2014, nous avons présenté une affiche scientifique dans le cadre du Colloque Lean qui se déroulait à Boucherville. Nous y avons présenté une affiche sur le cheminement du patient où les pratiques organisationnelles requises sont identifiées à chaque étape du processus clinique.

L'affiche a suscité beaucoup d'intérêt de la part des congressistes.

Considérant la reconnaissance des bonnes pratiques, les HEC de l'Université de Montréal nous demandaient de prononcer une conférence ayant pour titre : La petite histoire d'une grande démarche d'amélioration continue de la qualité au CSSS des Basques. Cette conférence a eu lieu à l'automne 2014.

Un système de gestion qui suscite de l'admiration

L'équipe du CSSS de Rocher Percé est venue à notre rencontre en octobre 2014 pour connaître notre système de gestion intégré de la qualité. Heureux de cette rencontre et souhaitant en connaître davantage, le CSSS des Basques est allé à la rencontre de tous les gestionnaires de cet établissement en janvier 2015. Les principaux sujets abordés sont le système de gestion axé sur la performance mis en place au CSSS des Basques, la démarche intégrée de l'agrément au sein de nos processus et le projet Passaje.

Élaborer et implanter un plan de développement des ressources humaines

C'est avec une équipe renouvelée que le service des ressources humaines a débuté l'année 2014-2015.

La direction des ressources humaines appuie et supporte les équipes en lien avec la démarche Lean management établies dans l'organisation.

L'objectif de diminuer le taux d'assurance-salaire a été atteint. Le taux a diminué de 50 % avec la précieuse collaboration du CHU de Québec qui gère l'ensemble de nos dossiers SST.

Le service de la paie est désormais assuré avec le service régional du CSSS de Kamouraska, ce qui nous amène une plus grande expertise.

Notre cycle d'appréciation du rendement se poursuit, plus de 60 % de nos salariés ont reçu leur appréciation. Nous souhaitons atteindre 100 %.

Les activités de la rentrée et de Noël furent une réussite avec un nombre record de participations.

Cette année a eu lieu pour la troisième édition « Le Salon des Bons Coups » mettant en exergue les valeurs organisationnelles du CSSS des Basques.

La consolidation du développement des ressources humaines est toujours en continu au cours de la dernière année, des politiques et procédures ont été mises à jour afin de supporter les meilleures pratiques favorisant le développement des talents, la mobilisation du personnel et l'atteinte des objectifs organisationnels.
L'obtention de l'accréditation *Entreprise en santé* a été reportée avec l'arrivée imminente du CISSS.

Enfin, la direction des ressources humaines est prête à vivre le changement qui s'annonce en lien avec l'intégration prochaine du CISSS.

Gestion et contrôle des effectifs

La cible d'effectifs fixée par le Ministère de la santé et des services sociaux a été respectée par le CSSS des Basques. Nous rappelons que le CSSS avait l'obligation, à partir du 1er janvier 2015, de respecter la cible des effectifs fixée par le ministre. Dans les faits, le nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2015 devait être égale au nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2014.

11045119 - CISSS du Bas-Saint-Laurent		Total de janvier à mars				
		Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre Individus
11043312 - CSSS des Basques	**2014**	**85 596**	**1 772**	**87 367**	**174**	**215**
	2015	**84 821**	**1 293**	**86 114**	**174**	**215**
	Variation	**(0,9 %)**	**(27,0 %)**	**(1,4 %)**	**(0,4 %)**	**0,0 %**
1 - Personnel d'encadrement	2014	4 096	287	4 383	8	9
	2015	3 805	36	3 841	8	10
	Variation	(7,1 %)	(87,5 %)	(12,4 %)	(6,8 %)	11,1 %
2 - Personnel professionnel	2014	7 693	54	7 747	16	22
	2015	8 927	6	8 933	19	24
	Variation	16,0 %	(89,9 %)	15,3 %	16,1 %	9,1 %
3 - Personnel infirmier	2014	25 924	925	26 848	52	63
	2015	24 433	881	25 314	50	61
	Variation	(5,8 %)	(4,7 %)	(5,7 %)	(5,0 %)	(3,2 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	38 796	445	39 241	80	103
	2015	38 745	339	39 084	80	103
	Variation	(0,1 %)	(23,8 %)	(0,4 %)	0,2 %	0,0 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	9 088	60	9 148	17	24
	2015	8 911	31	8 942	17	22
	Variation	(1,9 %)	(49,3 %)	(2,3 %)	(1,3 %)	(8,3 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014					
	2015					
	Variation					

Optimiser la gestion de l'information et moderniser les systèmes d'information

Le département des ressources informationnelles s'est concentré à faire avancer et finaliser les dossiers et projets suivants, en plus du maintien des infrastructures locales et le support aux usagers du CSSS des Basques :

Grands chantiers provinciaux

- ∴ Migration des postes de travail Windows 7
- ∴ Virtualisation des postes de travail
- ∴ Migration du pont de visioconférence
- ∴ Dossier Santé Québec

Projets régionaux

- ∴ Projet dossier clinique informatisé DCI
- ∴ Dictée numérique
- ∴ Mise en place du dossier médical électronique DMÉ
- ∴ Préparation de la régionalisation des ressources informationnelles RI

Doter l'établissement d'un plan directeur clinique et immobilier

Un Plan clinique 2014-2025 pour soutenir l'amélioration des infrastructures pour les personnes âgées

Le dossier soumis par le CSSS des Basques auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent a suscité beaucoup d'intérêt. Ce plan clinique est basé sur une analyse prospective des besoins des personnes âgées jusqu'en 2025. Cette étude a été considérée comme essentielle à la poursuite du dossier d'affaires du CSSS des Basques, notamment à l'actualisation d'un important projet immobilier visant à doter notre établissement d'une installation moderne pour desservir les personnes âgées du territoire.

Pour aller de l'avant avec le déploiement du nouveau modèle en flux tiré, le CSSS des Basques a reçu, au cours de l'année, l'aval de l'ASSS quant à son projet immobilier. Nous travaillons de façon intense et rigoureuse pour faire avancer le plus possible ce projet immobilier d'envergure afin d'accueillir les personnes âgées ne pouvant plus demeurer à domicile dans un environnement clinique approprié. Nous souhaitons l'actualisation de ce projet au cours de la prochaine année.

Optimiser les ressources financières, les services administratifs et de soutien

Biomasse

Suite à une étude exhaustive de la Coop fédérée qui considérait un investissement majeur pour convertir notre système de chauffage, le conseil d'administration a pris la décision de ne pas aller de l'avant avec ce projet qui, dès le départ, s'avérait prometteur.

Une équipe en souplesse pour répondre aux besoins organisationnels

Au cours de l'automne, nous avons procédé à une fusion de trois centres d'activités afin de donner une souplesse et une fluidité à l'organisation du travail. Les trois secteurs regroupés sont les suivants : maintenance, buanderie et entretien ménager. Il y a maintenant qu'un seul chef d'équipe qui gère ce secteur.

Restructuration des services alimentaires

Un exercice de cartographie des différents processus s'est mis en route considérant la diminution du surcroit donné lors de l'arrivée des résidents provenant de la Villa Dubé. Cette cartographie a apporté des solutions pour une réorganisation plus efficiente du travail.

Des mêlées d'équipe consolidées

Les chefs d'équipe de ces secteurs ont reçu une formation pour consolider leurs habiletés pour animer les mêlées d'équipe de leurs secteurs respectifs.

Une entente avec le CSSS du Kamouraska et de Rimouski-Neigette

Considérant les difficultés rencontrées lors des dernières années à doter les postes de chefs des services techniques et chef des services financiers; considérant la mise en place imminente du futur CISSS, nous avons pris entente avec le CSSS de Kamouraska et celui de Rimouski-Neigette pour recevoir des services de leur part pour les deux secteurs visés.

Doter l'établissement d'un plan de mesures d'urgence

Doter l'établissement d'un plan de mesures d'urgence

Le CSSS des Basques adhère à l'importance de posséder un plan de mesures d'urgence et de sécurité civile vivant et dynamique. C'est dans cette perspective qu'il a revu son plan de mesures d'urgence et de sécurité civile. Le conseil d'administration a procédé à leur adoption. Le visuel a été revu afin de simplifier la communication au personnel par l'utilisation de pictogrammes. Par des audits planifiés, nous allons constater l'état des connaissances du personnel quant aux codes de couleurs.

Différentes pratiques standardisées sur les codes de couleurs ont été réalisées et certaines recommandations émises sont transmises au personnel. Les résultats de ces pratiques sont affichés sur *Le Grand Babillard*. Les éléments porteurs du plan de mesures d'urgence sont en suivis dans notre salle de pilotage.

Parmi ces pratiques, notons l'évacuation horizontale effectuée au cours de l'automne dernier.

Mettre en place un mécanisme d'accès pertinent, efficace et efficient

Poursuite des travaux de consolidation du guichet unique/AAOR

Cette année a permis la réalisation de travaux de consolidation du guichet d'accès afin de standardiser les prises de contact et d'orienter les clients au bon programme.

Travaux avec Info-Social et exploration d'optimisation des services Info-Social et AAOR

Le CSSS des Basques s'est joint au projet régional Info-Social 24-7. Une réponse est disponible en tout temps pour les gens vivants des difficultés psychologiques. Une trajectoire de communication a été élaborée entre les deux organisations et permet dès le lendemain, lorsque requis, un suivi personnalisé par les intervenants du CSSS des Basques. Des travaux d'optimisation des services Info-Social régionaux et AAOR-Basques sont en cours en vue de déterminer si des tâches d'AAOR-social pourraient être transférées vers le service d'Info-Social. Des pistes d'actions seront déposées et actualisées au cours de la prochaine année.

Mettre en œuvre une approche intégrée et continue d'amélioration de la qualité

Dans la poursuite de l'implantation de la culture d'amélioration continue de la qualité, l'année 2014-15 a permis de :

∴ Consolider l'implantation et l'animation des mêlées d'équipes

∴ Créer une salle de pilotage

∴ D'établir une cascade d'indicateurs de suivis

∴ De réviser les tableaux de bord

∴ D'implanter les Katas

∴ De former deux autres gestionnaires ceinture verte

∴ Participer au colloque du CV-PAC en mai 2014

∴ Visite de deux grands centres hospitaliers leader en amélioration continue Manitoba + Wisconsin

∴ Rayonnement du CSSS des Basques aux HEC, demande de formation (CSSS Rocher-Percé)

∴ Impacts : gestion centrée sur les opérations, culture de mesure, culture de l'amélioration continue.

Confirmer la fonction communication au CSSS des Basques

Le service des communications du Centre de santé et de services sociaux des Basques est composé de Serge Gagnon, conseillé en communications, appuyé par Jessy Boucher et aidé occasionnellement par Katleen Hélie et Marjolaine Martel.

Comme il se doit, le service des communications assure principalement les relations de presse, la visibilité institutionnelle et le développement d'outils et de moyens de communication à l'interne comme à l'externe.
En début d'année, une équipe de gestionnaires du CSSS des Basques a participé au Colloque Lean qui se tenait à Boucherville. L'équipe y présentait l'affiche scientifique « Le cheminement critique de l'usager : Des bonnes pratiques au quotidien! ». Ce document contenait une mise en contexte, la méthodologie, les objectifs, les résultats, les leçons apprises et était illustré par différentes stations visuelles utilisées dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. En mai, l'équipe PassaJe des Basques, regroupant des ressources du Centre jeunesse et du CSSS des Basques, se dotait d'une identification graphique sous-titrée avec les thèmes : prévention, promotion et protection. Cette identification a été déclinée sur différents outils, dont un enrouleur représentant une famille heureuse et en santé.

L'année fut particulièrement teintée par le développement, l'amélioration et l'utilisation accrue de stations visuelles servant à l'amélioration continue de la qualité. La version 2.0 de la mêlée d'équipe qui intègre notamment, les grands enjeux, les résultats attendus et obtenus en est le meilleur exemple.

La mise en place de la salle de contrôle et son lien fonctionnel avec le grand babillard alimenté par les gestionnaires est un pas de plus dans ce mode de gestion qui fait l'envie des plus grandes organisations.

On ne peut prédire l'avenir, mais notre organisation et ses orientations en matière de mécanique de gestion ont démontré une fois de plus que ce n'est pas nécessairement dans les grands pots que l'on trouve les meilleurs onguents.

MALLETTE

Mallette S.E.N.C.R.L.

44 rue Notre-Dame E.
Trois-Pistoles QC G0L 4K0

Téléphone 418 851-2060
Télécopie 418 851-3546
Courriel info.trois-pistoles@mallette.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du CISSS
du Bas-St-Laurent

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers de CSSS des Basques inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin

de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserve.

Fondement de l'opinion avec réserve

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de CPA Canada*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de sont pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de CSSS des Basques au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets (dette nette), des gains et pertes de réévaluation et de

MALLETTE

ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Mallette s.e.n.c.r.l.

Mallette s.e.n.c.r.l.
Société de comptables professionnels agréés

Trois-Pistoles, Canada
Le 15 juin 2015

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A113341

Nom de l'établissement: CSSS des Basques | Code: 1104-2312 | Page / Idn.: 200-00 /

Tous les fonds | Exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉS

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.de P358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	14 851 224	14 406 121	1 015 246	15 421 367	15 140 185
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					2 809
Contributions des usagers	3	1 439 924	1 112 812	XXXX	1 112 812	1 392 321
Ventes de services et recouvrements	4	80 070	106 056	XXXX	106 056	193 296
Donations (FI:P294)	5			41 134	41 134	46 205
Revenus de placement (FI:P302)	6		19 618		19 618	16 800
Revenus de type commercial	7	43 897	16 809	XXXX	16 809	1 017
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11		923 843		923 843	730 299
TOTAL (L.01 à L.11)	12	16 415 115	16 585 259	1 056 380	17 641 639	17 522 868
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	11 374 148	11 664 631	XXXX	11 664 631	11 295 948
Médicaments	14	140 249	159 924	XXXX	159 924	158 856
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	453 957	475 387	XXXX	475 387	467 054
Denrées alimentaires	17	160 000	153 207	XXXX	153 207	151 644
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	959 091	565 384	XXXX	565 384	1 047 035
Frais financiers (FI:P325)	19	170 000		149 580	149 580	169 239
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	54 537	134 961	13 962	148 923	71 045
Créances douteuses	21	5 000	3 586	XXXX	3 586	19 149
Loyers	22	6 600	8 210	XXXX	8 210	
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	583 381	XXXX	487 239	487 239	597 604
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	405 575	405 575	
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	2 508 152	3 089 338	24	3 089 362	3 132 677
TOTAL (L.13 à L.27)	28	16 415 115	16 254 628	1 056 380	17 311 008	17 110 253
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	330 631	0	330 631	412 615

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

A3-471 – Rapport financier annuel | Gabarit LPRC-2015.1.0 | Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2015-06-15 10:22:37 | Rapport V 1.0

Nom de l'établissement: CSSS des Sources
Code: 1104-1312
Page / Idn.: 202-00 /
Tous les fonds
exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉS

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	1 608 957	10 813	1 619 770	1 207 155	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	(61 639)		(61 639)	XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	1 547 318	10 813	1 558 131	1 207 155	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	330 631		330 631	412 615	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	25 542	(25 542)	0		7
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	25 542	(25 542)			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1 903 491	(14 729)	1 888 762	1 619 770	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	1 888 762	1 619 770	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	1 888 762	1 619 770	

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit IPRO-2015.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2015-06-15 10:22:37 — Rapport V 1.0

Nom de l'établissement: CSST des Banques | Code: 1184-3312 | Page / Idn.: 204-00 /

Tous les fonds | exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

		FONDS Exploitation 1	Immobilisations 2	Total Ex courant (C1+C2) 3	Total Ex préc. 4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	2 457 209	104 621	2 561 830	1 362 883
Placements temporaires	2	1 669 610		1 669 610	1 650 000
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	749 641	36 705	786 346	932 329
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	273 266	25 000	298 266	635 595
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(295 382)	295 382	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	1 375 148	41 571	1 416 719	1 128 536
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX			
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12				
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	6 229 492	503 279	6 732 771	5 709 343
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14				136 546
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	1 408 531		1 408 531	1 135 032
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	218 867	218 867	231 958
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		36 705	36 705	58 873
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	1 620 451	583 810	2 204 261	1 709 908
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	4 417 297	4 417 297	4 581 678
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	1 416 103	XXXX	1 416 103	1 488 763
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25		46 237	46 237	137 206
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	4 445 085	5 302 916	9 748 001	9 479 964
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	1 784 407	(4 799 637)	(3 015 230)	(3 770 621)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	4 784 908	4 784 908	5 268 901
Stocks de fournitures (FE: P360)	29		XXXX		
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	119 084		119 084	101 490
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	119 084	4 784 908	4 903 992	5 390 391
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	1 903 491	(14 729)	1 888 762	1 619 770

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2: Établissements publics seulement
Ligne 08, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

AS-471 - Rapport financier annuel | Gabarit LEMG-2015.1.0 | Révisée: 2014-2015

Rapport V 1.0

Timbre valideur: 2015-06-15 10:22:37

Nom de l'établissement
CSSS des Basques

Code
1104-3312

Page / Idn.
206-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(3 770 621)	1 507 467	(5 278 088)	(3 770 621)	(4 711 157)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3		(61 639)		(61 639)	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(3 770 621)	1 445 828	(5 278 088)	(3 832 260)	(4 711 157)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		330 631		330 631	412 615
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (F.I.P421)	6	(527 140)	XXXX	(413 415)	(413 415)	(178 248)
Amortissement de l'exercice (F.I.P422)	7	583 381	XXXX	487 239	487 239	597 604
(Gain)/Perte sur dispositions (F.I.P208)	8		XXXX	405 575	405 575	
Produits sur dispositions (F.I.P208)	9		XXXX	24 594	24 594	
Réduction de valeurs (F.I.P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	56 241	XXXX	503 993	503 993	419 356
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	16		(17 594)		(17 594)	
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		41 715
Utilisation de frais payés d'avance	18					66 850
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(17 594)		(17 594)	108 565
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		25 542	(25 542)	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	56 241	338 579	478 451	817 030	940 536
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(3 714 380)	1 784 407	(4 799 637)	(3 015 230)	(3 770 621)

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LSNG-2015.1.0

Révisée: 2013-2014

Rapport V 1.0

Timbre valideur: 2015-06-15 10:22:37

Nom de l'établissement
CSSS des Basques

Code
1104-3312

Page / Idn.
208-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉ

ETAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	330 631	412 615
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(17 594)	108 565
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	405 575	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	487 239	597 604
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		(46 205)
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(292 515)	
Autres	13	(61 639)	(25 699)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	521 066	634 265
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	1 056 608	1 793 811
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 908 305	2 840 691
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(413 415)	(178 248)
Produits de disposition d'immobilisations	18	24 594	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(388 821)	(178 248)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LFNG-2015.1.0

Révisée: 2014-2015

Rapport V 1.0

Timbre validé: 2015-06-15 10:22:37

Nom de l'établissement
CSSS des Basques

Code
1104-3212

Page / Idn.
208-01 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	2 152 743	
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(277 461)	(275 632)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(2 039 663)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	2 054 968	250 269
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(38 791)	(135 268)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(2 152 743)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(300 927)	(160 851)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13)	14	1 218 557	2 501 592
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	3 012 883	511 291
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	4 231 440	3 012 883
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	2 561 830	1 362 883
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18	1 669 610	1 650 000
TOTAL (L.17 + L.18)	19	4 231 440	3 012 883

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit 12MG-2015.1.0 — Révisée: 2014-2015

Timbre validateur: 2015-06-15 10:22:37 — Rapport V 1.0

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS des Basques	1104-3312	206-02 /
Tous les fonds	exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	145 983	538 951
Autres débiteurs	2	337 329	(289 525)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	4 332	
Frais reportés liés aux dettes	4		
Autres éléments d'actifs	5		1 720 904
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	273 499	(614 706)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	(13 091)	118 584
Intérêts courus à payer	9	(22 168)	(3 801)
Revenus reportés	10	494 353	291 602
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	(72 660)	
Autres éléments de passifs	13	(90 969)	31 807
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	1 056 608	1 793 811
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16	24 594	
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22	1 650 000	
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23	1 869 610	1 650 000
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

AS-471 - Rapport financier annuel   Gabarit LPRG-2015.1.0   Révisée: 2014-2015

Timbre valideur: 2015-06-15 10:22:37   Rapport V 1.0

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire des Basques en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social du centre est situé à Trois-Pistoles. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région des Basques.

En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entrainera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*, à l'exception des éléments suivants :

- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

- Les revenus de transfert, assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations, ne sont pas comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints, mais uniquement lorsqu'ils ont fait l'objet d'un vote de crédit annuel par l'Assemblée nationale.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public [*Ajouter si applicable*] sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

c. Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

d. Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation du Réseau de Santé et des services sociaux des Basques. Cette fondation a pour principal objectif de promouvoir et soutenir les oeuvres hospitalières, scientifiques et humanitaires poursuivies par l'établissement, ainsi que de financer certains projets d'achats d'équipements préalablement autorisés par le conseil d'administration de l'établissement.

La Fondation est constituée en vertu de la Partie III de la loi sur les compagnies du Québec.

e. Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

f. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

g. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

h. Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont

comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

i. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

k. Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

l. Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont

comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire, s'il y a lieu.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

m. Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il, en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

n. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de *l'assurance-salaires ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations–rétention hors-cadre*].

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées selon *[l'établissement ou l'agence décrit brièvement la méthode utilisée]*. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

e. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Bâtiments	40 ans
Ameublement de chambre	25 ans
Autre mobilier et équipement médicaux	12 ans

Catégorie	Durée
Informatique et bureautique	3 ans
Mobilier et équipement administratif	5 ans
Autre mobilier et équipement	15 ans
Équipement et transport	15 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

r. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

s. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses

objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaire : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

t. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

u. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

v. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de *la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services*

sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015 l'établissement [*Choisir entre : a ou n'a pas*] respecté cette obligation légale.

4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 9 juillet 2014 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

5. INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

6. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

[*L'établissement ou l'agence complète le tableau suivant pour présenter la valeur comptable nette par catégorie d'immobilisation, ceci à l'aide des informations présentées aux pages 420-00 à 422 du AS-471 ou aux pages 361 à 363 du AS-475; le tableau incluant les données pour les immobilisations acquises avant ET à partir du 1er avril 2008.*]

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortisse-ment cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	10 813$		10 813$	10 813$
Bâtiments	8 114 500$	5 063 129$	3 051 372$	3 720 420$
Améliorations majeures aux bâtiments	97 773$	1 484$	96 289$	0$
Mobilier de bureau	298 738$	287 783$	10 955$	36 427$
Mobilier de chambre	417 985$	309 468$	108 517$	117 057$
Équipement médicaux	2 608 454$	1 733 499$	874 955$	783 763$
Équipement transport	29 077$	29 077$	0$	0$
Équipement informatique	1 438 671$	1 388 033$	50 638$	26 454$

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Autre mobilier et équipements	2 392 356$	1 810 985$	581 371$	593 967$
Total	15 408 367$	10 623 458$	4 784 909$	5 288 900$

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471 ou 361 à 363 du AS-475.

Les travaux en cours ne sont pas amortis car ils ne sont pas en service.

7. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289 du AS-471.

8. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	2 561 830$	1 362 883$
Placements temporaires	1 669 610$	1 650 000$
Débiteurs - Agences et MSSS	786 346$	932 329$
Autres débiteurs	298 266$	635 595$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	1 416 719$	1 128 536$
Placements de portefeuille		
Total	6 732 771$	5 709 343$

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux et de la RAMQ qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance.

La chronologique des *autres débiteurs*, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance		
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	755 183$	556 041$
De 30 à 59 jours		
De 60 à 89 jours	5 379$	
De 90 jours et plus	29 285$	144 398$
Sous-total	789 847$	700 439$
Provision pour créances douteuses	3 501$	64 844$
Sous-total	786 346$	635 595$
Total des autres débiteurs		

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	64 844$	
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	61 343$	
Montants recouvrés		
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	3 501$	

Nom de l'établissement — CSSS des Basques — Code 1104-3312 — Page / Idn. 318-00 /

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget 1	Activités principales 2	Activités accessoires 3	Total (C2+C3) 4	Exercice précédent 5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	14 851 224	14 406 121		14 406 121	14 414 718
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					2 809
Contributions des usagers (P301)	3	1 438 924	1 112 812	XXXX	1 112 812	1 392 321
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	80 070	106 056	XXXX	106 056	193 296
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6		19 618		19 618	16 800
Revenus de type commercial (P351)	7	43 897	XXXX	16 809	16 809	1 017
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11		191 658	732 185	923 843	730 255
TOTAL (L.01 à L.11)	12	16 415 115	15 836 265	748 994	16 585 259	16 751 216
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	11 374 146	10 966 349	698 282	11 664 631	11 296 948
Médicaments (P750)	14	140 249	159 924	XXXX	159 924	158 858
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	453 957	475 387	XXXX	475 387	467 054
Denrées alimentaires	17	160 000	153 207	XXXX	153 207	151 644
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	959 091	565 384	XXXX	565 384	1 047 035
Frais financiers (P325)	19	170 000		XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	54 537	134 961		134 961	66 374
Créances douteuses (C2:P301)	21	5 000	3 586		3 586	19 149
Loyers	22	6 600	8 210		8 210	
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	2 508 152	3 054 505	34 833	3 089 338	3 132 539
TOTAL (L.13 à L.24)	25	15 831 734	15 521 513	733 115	16 254 628	16 336 601
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	583 381	314 752	15 879	330 631	412 615

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2015-06-15 10:22:37 — Rapport V 1.0

Nom de l'établissement
CSSS des Sources

Code
1104-3312

Page / idn.
140-09 /

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2015**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SIQ, comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation vs location-acquisition	2013	R	Aucune car directive du MSSS			X
Transferts comptabilisés seulement lorsqu'ils font l'objet d'un vote des crédits annuels	2014	R	Aucune car directive du MSSS			X
Sommes à recevoir de la RAMQ non auditées	2014	R	Système de réclamation mensuel mis en place	X		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Centre d'activité 6530 - unité de mesure l'usager non audité	2014	R	Aucune			X
Centre d'activité 6322, 6530, 6831 et 7060 unité de mesure A ou B non audité	2015	R	Aucune			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Deux contrats octroyés dérogent à la circulaire	2014	R	Aucune	X		
Huits contrats octroyés dérogent à la circulaire	2015	O	Aucune			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Anomalie non corrigée remboursement CSST présenté dans les créditeurs	2015	O	Aucune			X
Rapport à la gouvernance						
Contrôles au niveau des opérations	2009	O	Conscient de la problématique,			X

AS-471 - Rapport financier annuel Gabarit LPRO-2015.1.0 Emise: 2012-2013

Rapport V 1.0

Timbre validant: 2015-06-15 10:22:37

fonction incompatibles			l'organisation du travail ne permet pas. Il faudrait revoir tous les postes au niveau de la comptabilité			
Mise-à-jour des fichiers maitres des fournisseurs	2009	O	Autant que possible, c'est la la personne à la comptabilité qui créer les fournisseurs. Toutefois, depuis 2013-2014, la responsable de l'approvisionnement créer aussi des fournisseurs	X		
Rémunération: Informations employés. Ce sont les memes personnes affectées au processus d'entrées de données qui ont fait le suivi sans aucune surveillance par une personne responsable	2009	O	Répartition de tâches modifiées. La technicienne en RH fait la saisie de la fiche employé et la révision par la coordonnatrice.	X		
Contrôle de surveillance sont requis. Autorisation de la liste des dépôts directs avant la transmission à l'institution financière	2013	O	Aucune			X
La direction devrait mettre en oeuvre des processus pour identifier les risques de fraude et pour répondre à ces risques. Le comité de vérification devrait exercer une surveillance sur ces processus.	2010	O	Une stratégie de gestion a été élaborée.	X		
Un plan de relève ou de contingence écrit et testé devrait couvrir tous les systèmes critiques informatiques.	2009	O	Un plan régional existe mais plan local non rédigé	X		
Unités de mesures: contrôles non documentés. Il y a des validations de contrôles et des pointages de soldes effectués sans qu'il n'y ait de paraphe ou de signe de vérification d'inscrit	2012	O	Les gestionnaires transmettent eux-mêmes les statistiques par courriel, ce qui constitue une approbation	X		
Unités de mesures: Il y a des rapports périodiques qui ne sont pas approuvés par les gestionnaires.	2010	O	Mise en place d'un nouveau système d'approbation des données	X		
Compe à recevoir de 53 000$ provisionné et dû depuis 7 ans, non radié	2014	O	Radiation en 2015.	X		
Le système de refacturation des salaires des médecins résidents à la RAMQ est déficient. Aucun système n'est en place actuellement afin de déterminer le montant admissible à la réclamation	2014	O	Nouveau système en place.	X		
Les conciliations bancaires mensuelles ne sont pas approuvées	2015	O	Aucune			X

CONTRATS DE SERVICES

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	0	0 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	2	30 079 $
Total des contrats de services	2	30 079 $

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

RAPPORT DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

39 Nombre total de plaintes et assistances

36 jours Durée moyenne pour la conclusion d'une plainte

Aucune Nombre de plaintes non complétées

4 plaintes Nombre de plaintes transférées au médecin examinateur

39 jours Durée moyenne pour la conclusion d'une plainte médicale (1 plainte a nécessité des délais supplémentaires pour son traitement)

Aucune Nombre de plaintes non complétées

Principaux motifs de plaintes

- Accessibilité aux services (36 %)
- Soins et services dispensés 24 %)
- Relations interpersonnelles (8 %)
- Organisation du milieu et les ressources matérielles (16 %)
- Aspect financier (4 %)
- Droits particuliers (12 %)

Sans être exhaustive, voici une liste d'objets de plainte portés à l'attention du commissaire :

- Programme d'adaptation de domicile
- L'attitude du personnel et de certains médecins
- L'entretien des lieux d'accès
- Les relations interpersonnelles
- La politique de transfert de l'urgence.

Recommandations

- Amélioration des mesures de sécurité
- Amélioration des communications
- Encadrement des intervenants
- Ajustement des activités professionnelles
- Sensibilisation auprès d'intervenants.

Activités de la dernière année

- Participation à une rencontre du comité de vigilance et de la qualité
- Participation à trois rencontres du comité des usagers
- Participation à trois rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services
- Collaboration étroite avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
- Donner de la formation sur la communication à deux groupes d'employés du CSSS des Basques.

RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR

L'année 2014-2015 s'est caractérisée par la réception de quatre plaintes concernant les médecins pratiquant au CSSS des Basques. Toutes les plaintes ont été conclues dans les délais prescrits à l'exception d'une qui a nécessité une prolongation pour y arriver. Ces plaintes ont été portées à son attention par le biais du commissaire local aux plaintes et à la qualité.

Conclusions

Pour 2014-2015, le médecin examinateur renouvelle sa recommandation auprès des professionnels du maintien d'une bonne communication avec leurs patients. La majorité des plaintes découlent de l'absence de celle-ci.

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision des plaintes n'ayant reçu aucune demande de révision cette année, il n'a pas été nécessaire de tenir une rencontre pour le comité.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Julie BOUCHER, présidente
Docteure Céline BORDELEAU, administratrice
Docteure Danielle CADRIN, administratrice
Docteur Éric LAVOIE, administrateur substitut

RAPPORT DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Le comité de vigilance et de la qualité du CSSS des Basques s'est réuni en une seule occasion cette année. Différents facteurs externes n'ont pas permis la tenue de telles rencontres.

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Lors de la seule et unique rencontre de l'année, nous avons fait un état de situation sur les principaux éléments du tableau de bord utilisé depuis quelques années.

Nous sommes revenus sur l'excellent suivi des recommandations du ministère suite à la visite inopinée en CHSLD. L'ensemble des recommandations est réalisé et est audité régulièrement afin de s'assurer des changements requis.

La directrice des soins infirmiers a élaboré un portrait sur tout ce qui touche les mesures de contention, la couverture vaccinale pour l'influenza tant chez le personnel que dans la population. Elle a présenté également les résultats des différents audits effectués.

Le Commissaire aux plaintes est venu présenter un tableau de bord faisant état des différentes plaintes reçues et leurs recommandations. Il souligne l'excellente collaboration des gestionnaires pour trouver des solutions aux litiges.

Enfin, un des derniers points abordés et pour être conforme aux recommandations d'Agrément Canada, le CSSS des Basques n'affiche aucune plainte de harcèlement au travail.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Nicole SIROIS, présidente
Monsieur Alain BÉLANGER, administrateur démissionnaire remplacé par monsieur Raoul Rioux à mi-mandat
Madame Lise BÉLANGER, administratrice
Madame Johanne CARIGNAN, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services remplacée par monsieur Gaston APRIL, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Madame Line MOISAN, directrice générale

RAPPORT DU COMITÉ DES USAGERS

Le Comité des usagers s'est rencontré à sept reprises et a tenu son assemblée générale annuelle le 12 juin 2014.

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Cette année, nous avons investi beaucoup d'efforts dans les dossiers suivants :

Promotion des droits et obligations des usagers

L'agent de liaison a distribué des dépliants informatifs à plusieurs reprises dans les salles d'attente. Cela a permis de faire connaître davantage le Comité des usagers et d'être à l'écoute des préoccupations des usagers.

Participation au Comité d'humanisation des soins et des services

Nous avons participé à deux rencontres pendant l'année financière. Nous avons participé à la réflexion et l'élaboration de mesures concrètes visant l'humanisation des soins et des services.

Participation aux différents comités et à la démarche Kaizen

Les administrateurs et administratrices du Comité des usagers ont participé au Comité de gestion des risques, au Kaizen-médicaments, au Kaizen-prévention des chutes, au Kaizen-buanderie, entres autres.

Organisation d'une activité spéciale

Nous avons organisé une conférence animée par madame Diane Boucher portant sur la « relecture de vie ». Le tout était organisé en collaboration avec le Centre d'aide aux proches aidants des Basques, le Comité des auxiliaires bénévoles et le CSSS des Basques. L'activité était offerte gratuitement à l'ensemble des usagers du CSSS des Basques. La conférence fut grandement appréciée par les 22 personnes présentes.

Information et sensibilisation

L'agent de liaison a réalisé deux visites auprès de résidences pour personnes aînées de Trois-Pistoles. Il a parlé directement aux résidents afin de leur faire connaître la mission du Comité des usagers ainsi que ses différents mandats. Des pochettes d'information ont été remises à l'ensemble des résidents. Les résidences visitées furent le Couvent Jésus-Marie et la Villa des neiges de Trois-Pistoles.

Visites amicales

Plus de 20 visites ponctuelles ont été réalisées par l'agent de liaison auprès des résidents au CHSLD de Trois-Pistoles pendant toute l'année pour établir un lien de confiance avec les résidents et les personnes proches aidantes.

Promotion des services

Le président du Comité des usagers a participé à la conférence de presse commune (KRTB) tenue à Rivière-du-Loup le 18 septembre 2014. L'objectif était de mieux faire connaître les Comités des usagers ainsi que les commissaires aux plaintes locaux.

Participation à la semaine nationale des droits des usagers

L'agent de liaison a tenu un kiosque d'information et a distribué des dépliants dans les différentes salles d'attente du CSSS des Basques.

Participation à une campagne de sensibilisation

Plusieurs affiches « Visitons nos aînés » ont été installées au CSSS des Basques et dans les commerces de Trois-Pistoles. Le tout a été réalisé au mois de décembre juste avant la période des fêtes.

DOSSIERS À PRIORISER POUR L'ANNÉE 2015-2016

∴ Renouveler notre logo et développer de nouveaux outils promotionnels

∴ Élaborer et mettre en application le plan d'action 2015-2016

∴ Faire une promotion accrue de notre mission et de nos mandats auprès de la population en général dans la MRC des Basques.

MEMBRES DU COMITÉ

Monsieur Jean-Pierre APRIL, président

Madame Thérèse MORISSETTE, vice-présidente

Madame Juette RIOUX, secrétaire-trésorière

Madame Nicole BEAULIEU, administratrice

Monsieur Beaudoin GAGNON, administrateur

Monsieur Guillaume CÔTÉ-PHILIBERT, agent de liaison

RAPPORT DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité de gouvernance et d'éthique du CSSS des Basques s'est réuni à deux occasions au cours de l'année 2014-2015.

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Les administrateurs qui composent ce comité se sont penchés sur les dossiers suivants :

- ∴ Situation litigieuse d'un membre du conseil d'administration et avis déposé au conseil d'administration
- ∴ Rencontre avec l'IPCDC (Institut sur le partage des connaissances et le développement des compétences) pour bien saisir toutes les dimensions sur la responsabilité populationnelle
- ∴ Suivi des travaux en lien avec le projet de loi 10 et ses impacts sur la gouvernance locale
- ∴ Représentation dans les médias locaux sur l'héritage que laisse le conseil d'administration en lien avec le projet de Loi 10
- ∴ Audits réalisés auprès des instances professionnelles pour connaître leur fonctionnement à l'intérieur du projet qualité de l'organisation
- ∴ Révision des règlements de régie interne du CSSS des Basques
- ∴ Préparation d'une activité symbolique à l'intention du personnel et des membres du conseil d'administration le 31 mars 2015 pour souligner l'entrée en force de la loi qui vient modifier la structure du réseau de la santé et des services sociaux
- ∴ Implication active dans différents dossiers stratégiques et politiques.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Suzette OUELLET, présidente
Madame Johanne BÉLANGER, administratrice
Monsieur Réal MC NICOLL, administrateur

RAPPORT DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS des Basques s'est réuni au courant de l'année 2014-2015 :

Comité des titres

Le Comité des titres a tenu, en cours d'année, trois (3) réunions :

∴ Juin 2014
∴ 2 septembre 2014
∴ 26 novembre 2014

Comité exécutif du CMDP

Le Comité exécutif a tenu, en cours d'année, trois (3) réunions :

∴ 14 mai 2014
∴ 26 novembre 2014
∴ 4 février 2015

Comité régulier du CMDP

Le CMDP a tenu, en cours d'année, trois (3) réunions :

∴ 9 avril 2014
∴ 28 mai 2014
∴ 10 décembre 2014

Le comité exécutif a tenu, en cours d'année, deux (2) réunions extraordinaires :

∴ 26 juin 2014
∴ 2 septembre 2014

ÉVÉNEMENTS MARQUANTS

Comité des titres

∴ Recommandation au comité exécutif de la demande de privilèges d'un médecin à titre actif pour la période du 8 septembre 2014 au 31 décembre 2015
∴ Recommandation au comité exécutif de la demande de privilège d'un médecin à titre d'associé pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2015
∴ Recommandation au comité exécutif de la demande de privilèges de deux médecins radiologistes à titre de membres associés pour la période du 1er mai 2014 au 31 décembre 2015.

Comité exécutif

∴ Visite d'inspection du Collège des Médecins du Québec au service des urgences
∴ Approbation de la recommandation du comité des titres d'octroyer des privilèges de membre actif à un médecin
∴ Approbation de la recommandation du comité des titres d'octroyer des privilèges de membre associé à trois (3) médecins
∴ Démission d'un membre actif en août 2014
∴ Adoption des règlements amendés du CMDP
∴ Adoption des règlements du département clinique de médecine générale
∴ Adoption des recommandations du comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical
∴ Adoption des règlements de vacances et autres congés
∴ Adoption d'un corridor de service avec Rivière-du-Loup pour les patients avec accident cérébral vasculaire.

CMDP régulier

∴ Renouvellement du mandat du directeur de l'UMF pour un mandat de quatre (4) ans
∴ Nomination d'un nouveau directeur adjoint à l'UMF
∴ Entente clinique avec les services de pharmacie de Rivière-du-Loup
∴ Réalisation d'un projet Lean, approche Kaizen portant sur l'organisation des services aux points de services
∴ (St-Jean, St-Clément)
∴ Adoption d'un protocole pour les soins palliatifs à domicile
∴ Adoption des procédures de formalisation de certaines trajectoires (thrombophlébite profonde, rectorragie, saignement du 1er trimestre, fibrillation auriculaire de novo, angine typique, anémie)
∴ Adoption des ordonnances collectives sur les infections transmissibles sexuellement (ITS)
∴ Approbation d'épurer le nombre d'analyses de laboratoire demandées pour les médecins
∴ Participation d'un médecin pour la cogestion de la prévention/promotion des saines habitudes de vie
∴ Désignation des différents comités révisée.

CMDP extraordinaire

∴ Adoption des règlements amendés du département clinique de médecine générale.

DOSSIERS PRIORITAIRES POUR 2015-2016

Dans le contexte actuel de l'adoption récente de la Loi 10, l'avenir demeure plus qu'incertain pour le CMDP de notre établissement. Les membres du CMDP devront demeurer à l'affût et participer à la mise en place du nouveau CISSS.

Par ailleurs, des projets sont actuellement en cours et qui permettront d'offrir un meilleur service à la clientèle du CSSS des Basques :

∴ Projet Centre d'Excellence en soins de première ligne pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie

∴ Implantation processus *Advance Access* pour améliorer l'accès rapide au médecin de famille

∴ Virage vers le dossier médical électronique.

RAPPORT DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

RÉALISATIONS

Département

- Les règlements du département de médecine générale ont été révisés le 2 septembre 2014 et ont été adoptés par le conseil d'administration le 18 septembre 2014.
- Le Collège des médecins du Québec a visité le département en octobre 2014. Les recommandations ont été appliquées.

GMF

Renouvellement

- Le renouvellement de convention entre l'Agence et le GMF fut recommandé par le DRMG le 9 décembre 2014
- La signature de l'addenda de renouvellement avec l'Agence fut le 19 décembre 2014
- Le GMF compte 7519 inscriptions pondérées
- L'addenda prévoit une cible de 9000 inscriptions et l'ajout d'un soir de présence médicale par semaine
- Le budget a été reconduit
- Le nouveau cadre de gestion des GMF est encore en négociation.

Effectifs

- En date du 15 février 2015, il y a 14 médecins en poste
- Retour de congé de maternité d'un médecin en mai 2014
- Retour de congé de maternité d'un médecin en juillet 2014
- Arrivée d'un médecin en septembre 2014
- Arrêt maladie d'un médecin depuis septembre 2014
- Retraite d'un médecin depuis début juillet 2014
- Départ d'un médecin le 31 décembre 2014.

Effectif infirmier

- Une infirmière en congé de maternité a été remplacée
- Une infirmière en congé de maternité a été remplacée partiellement
- Un résiduel vacant de 2,5 jours reste à remplacer depuis janvier 2014
- Nous devons appliquer un plan de contingence du travail infirmier.

Clientèle

- Il y a eu 7866 (avril 2014 à janvier 2015) consultations médicales effectuées au GMF (projetons 9500 sur 12 mois)
- Notre clientèle orpheline se chiffre à environ 190 patients. Ceux-ci se sont vus offrir un rendez-vous, mais n'en avaient pas besoin au moment de l'offre.

Chefferie

- Dr Éric Lavoie est le médecin responsable du GMF
- Dre Jacinthe Bordeleau est médecin substitut en support au chef.

Il y a eu deux réunions générales du GMF depuis avril 2014.

Gestionnaires

- La cogestion s'est effectuée avec les gestionnaires en place
- Deux gestionnaires ont fait un mandat au cours de l'année.

Adjointe administrative depuis octobre 2012

- L'adjointe administrative a été remplacée en novembre 2014 et en janvier 2015.

Plan d'action Kaizen

- Le comité d'amélioration continue pour les fonctions cléricales du GMF-UMF des Basques a poursuivi ses activités. Il y a eu une démarche Kaizen qui s'est réalisée pour les fonctions cléricales des points de services
- La révision du suivi en alternance entre médecins et infirmières pour le diabète s'est complétée. Le nouveau code de communication est en fonction.
- Trois médecins ont eu une certification de ceinture verte pour l'animation de groupes Kaizen.

Clinique ITSS (infection transmise sexuellement et par le sang)

- La clinique est en fonction depuis juillet 2014. Toutes les infirmières du GMF sont impliquées en plus de l'infirmière scolaire.

Télémédecine

- Le service de collaboration en dermatologie demeure effectif. En moyenne, six patients bénéficient de ce service aux six semaines.

Numérisation

- Le projet pilote pour la numérisation des documents du GMF se poursuit. Les médecins ciblés œuvrent principalement au secteur sud (St-Jean-de-Dieu et St-Clément).

Dossier médical électronique

- L'équipe du GMF est solidaire de la démarche régionale pour le choix d'un nouveau dossier médical électronique en remplacement du logiciel CMV (clinique médicale virtuelle). La migration vers le nouveau système s'est effectuée en février 2015
- Les médecins du GMF ont adhéré au PQADME en septembre 2014.

Ordonnances collectives

- Renouvellement des médicaments pour les patients orphelins : l'algorithme de renouvellement qui avait été mis en place a pu être interrompu. Les nouveaux médecins sont en mesure de prendre en charge les prescriptions de patients orphelins.

UMF — les données présentées sont pour l'année académique de l'UMF débutant le 1er juillet 2014

Clientèle

∴ Il y a eu 2103 consultations médicales effectuées par les médecins résidents à l'UMF du 1er avril 2014 au 30 janvier 2015 (projetons 2524 consultations sur 12 mois).

Clientèle étudiante active

∴ Il y a eu cinq nouveaux résidents et deux résidents provenant d'une autre UMF pour une cohorte de 13 médecins résidents au 1er juillet 2014
∴ En cours d'année, un médecin a changé d'UMF en septembre, un a terminé sa résidence en septembre 2014, un autre a terminé en janvier 2015
∴ En février 2015, 10 résidents et un externe sont actifs à l'UMF.
∴ Diplômés : il y a eu quatre graduations en 2014-2015.

Clientèle étudiante de passage

∴ Quatre résidents en stage de région d'une durée de huit semaines
∴ Huit externes en stage d'une durée de six semaines
∴ Deux externes en stage d'urgence d'une durée de deux semaines
∴ Un stagiaire en médecine pendant l'été (SARROS).

Chefferie

∴ Le mandat de Dr Éric Lavoie a été reconduit pour quatre ans par le CA
∴ Dr Denis Beaulieu devient le nouvel adjoint pédagogique.

Nouveau cadre de gestion des UMF

∴ Les directeurs d'UMF furent interpelés pour donner leurs commentaires sur un nouveau cadre de gestion des UMF en élaboration par le ministère
∴ Des modifications importantes sont à prévoir pour l'octroi de ressources. Les négociations sont en cours à divers niveaux.

Gestion des stages

∴ Il y a eu des modifications des grilles de stages pour six résidents en raison de circonstances diverses (maternité, maladie, pédagogique, etc.).

Nouveaux enseignants

∴ Quatre nouveaux enseignants sont devenus chargés d'enseignement.

Agrément

∴ Il y a eu une visite d'évaluation de l'UMF par le département facultaire en avril 2014
∴ Nous préparons la visite interne facultaire qui aura lieu en avril 2015.

Recherche

∴ L'UMF a appuyé quatre projets de recherche.

Il y a eu 23 réunions de l'UMF depuis juillet 2014.

Il y a eu de nombreuses activités de formation :

∴ 85 cours d'enseignement programmé;
∴ 15 présentations scientifiques les midis effectuées par les résidents (avril à mars)
∴ Six clubs de lecture ont été présentés par les résidents (avril à mars)
∴ Cinq dîners-conférences avec conférencier de l'extérieur (avril à mars)
∴ PALS - Il y a eu six participants de notre UMF et un de résidente de l'extérieur
∴ ACLS - Il y a eu sept participants de notre UMF.

Planification et organisation de 86 visioconférences dont 45 pour l'UMF et 41 pour autres intervenants.

Projets d'améliorations

∴ Le projet d'utilisation des revenus reportés UMF est en cours. Nous sommes en processus d'achat des éléments nécessaires. Il nous permettra une mise à niveau de la mission clinique de l'UMF et permettra aux stagiaires en médecine d'évoluer dans un contexte d'apprentissage qui rencontre les standards attendus de qualité. Ce projet nous permettra aussi de consolider la mission de première ligne, de médecine ambulatoire et de soins à domicile de l'UMF, incluant les suivis en maladies chroniques.

URGENCE

∴ Il y a eu 11 277 (avril 2014 à fin janvier 2015) visites en cours d'année (projetons 13 532 pour 12 mois)
∴ Le service conserve un excellent ratio de performance sur les délais à l'observation d'environ six heures sans avoir de patient qui demeure plus de 48 heures en observation
∴ Les corridors de transfert pour la thrombolyse de l'AVC aigu sont en place depuis le 16 juin et une entente de service a été signée avec le CSSS de Rivière-du-Loup
∴ Une salle permanente de simulation de cas critiques est en voie d'installation. Tout le matériel nécessaire est disponible. L'endroit identifié pour sa mise en place sera accessible sous peu
∴ Beaucoup d'incertitude plane sur la structure administrative organisationnelle du service d'urgence en lien avec la nouvelle Loi 10 et le regroupement dans un nouveau CISSS régional sous une seule gouverne
∴ Le collège des médecins du Québec nous a rendu visite en octobre. Cette visite s'est bien déroulée et les suivis qui en découlent sont en voie d'actualisation afin de poursuivre notre amélioration continue
∴ Une évaluation de la qualité de l'acte sur tous les traumas, décès et thrombolyse cardiaque a été effectuée en cours d'année.

CHSLD

Effectifs

∴ Deux nouveaux médecins ont débuté dans le service au cours de l'année, un en février et l'autre en octobre 2014

∴ Un médecin fut de retour d'un congé de maternité en juillet 2014

∴ Deux médecins, après un départ annoncé, ont quitté le service le 1er juillet 2014, suite à l'arrivée des nouvelles recrues

∴ Les effectifs sont au nombre de six depuis octobre 2014, incluant un médecin qui fait le double de la tâche

∴ Après réévaluation des tâches de l'équipe en fonction du nombre de patients en CHSLD, il fut jugé que le nombre de six médecins (7 équivalents) est adéquat pour le fonctionnement du service, dans un contexte de nouvelles grossesses envisagées à court terme

∴ Nous avons accueilli régulièrement des étudiants en médecine de différents niveaux. À partir de février 2015, les médecins résidents en tournée de gériatrie seront disponibles cinq jours semaine au lieu de trois et répondront à tous les premiers appels de l'infirmière du CHSLD. Ceci aura comme avantage d'augmenter leur exposition clinique, leur responsabilisation et d'assurer une meilleure continuité des soins.

∴ Quatre réunions de service d'une durée d'une heure auront lieu cette année. Trente minutes sont consacrées aux questions médico-administratives et 30 minutes sont réservées aux discussions cliniques et scientifiques. À cette date, deux ont déjà eu lieu. Ces réunions sont précédées d'une rencontre clinico-administrative interdisciplinaire dont les sujets sont variés. Une rencontre a porté sur la nutrition, la suivante sur la révision de la médication et la troisième portera sur l'application des mesures de contentions.

∴ Nous effectuons systématiquement la révision trimestrielle de la médication selon un calendrier prédéterminé.

∴ Nous appliquons systématiquement la procédure du bilan comparatif des médicaments à l'admission et au congé (hébergement temporaire) du patient.

∴ Nous procédons, à chaque équipe interdisciplinaire, à la révision des mesures de contentions en respect de la politique du CSSS.

∴ Nous continuons de travailler à la consolidation des liens avec l'administration afin d'en arriver à une saine collaboration et éventuellement à une gestion médico-administrative.

∴ Le chef du service a participé deux réunions avec l'équipe clinico-administrative.

∴ Le PDCI de l'établissement n'étant pas terminé, aucun changement n'a été apporté pour améliorer physiquement le milieu de vie.

NOS OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2015-2016

∴ Consolidation de l'équipe
∴ Participation aux discussions et à l'organisation clinique du projet d'Excellence
∴ Réorganisation du service en lien avec les Lois 10 et 20, entre autres pour un service de garde hebdomadaire
∴ Consolidation des liens médico-administratifs
∴ Collaboration à la mise en place des ordonnances collectives approuvées en 2013 lorsque le plan de formation des infirmières établi par les gestionnaires sera en application. Ceci devrait débuter en avril 2015
∴ Approbation des ordonnances collectives en provenance du CHRGP et élaboration de nouvelles ordonnances
∴ Poursuivre les discussions cliniques et scientifiques dans le but du maintien des compétences
∴ S'assurer de mettre en place les recommandations qui seront émises par le comité d'évaluation de l'acte médical suite à l'analyse des dossiers.

RAPPORT DU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Au cours de la période débutant le 1er avril 2014, le comité de pharmacologie a siégé à trois reprises aux réunions du comité de pharmacologie du CSSS de Rivière-du-Loup en raison de l'annulation de certaines et du report d'autres.

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Comme à son habitude, le comité de pharmacologie des Basques a transmis à ses membres les documents pertinents discutés en réunions.
De plus, plusieurs ordonnances collectives ont fait leur apparition principalement au département d'urgence.
L'utilisation du cabinet automatisé semble être efficace et appréciée. Des ajouts médicamenteux à l'intérieur de ce cabinet ont été proposés et reçus favorablement par le département de pharmacie de l'hôpital de Rivière-du-Loup.

L'utilisation du service de pharmacie se fait par contacts téléphoniques et aucune ressource humaine ne s'est encore déplacée au CSSS des Basques malgré des invitations, notamment, par le service de gériatrie.

MEMBRES DU COMITÉ

Docteure Isabelle LEMAY, présidente
Docteur Denis BEAULIEU, administrateur
Docteure Samia-Maude CHOUINARD, administratrice

RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL

Le présent rapport annuel d'activités du CEQAM (comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical) est émis précocement avant la fin de la période administrative habituelle se terminant le 31 mars 2015, puisque la direction générale de l'établissement CSSS des Basques en avait fait la demande auprès de la présidente du comité exécutif du CMDP (Dre Annie Boulianne). Comme un nouveau cadre législatif (Loi 10) issu d'orientations gouvernementales provinciales transformant éminemment les structures administratives locales actuelles, le CEQAM dresse à ce jour un bilan des activités de la dernière année.

Le comité est encore sous la présidence de docteure Céline Bordeleau et compte trois autres médecins : Dre Annie Charbonneau, Dr Michaël Auger-Lafond et Dre Élaine Lavoie, nouvelle membre depuis fin 2014.

Depuis avril 2014 jusqu'à ce jour, les membres se sont réunis une quinzaine de fois pour procéder à leurs travaux; un compte-rendu/procès-verbal faisait suite à chacune des réunions et était acheminé à la présidente du CMDP. Les principaux travaux du comité ont porté sur les sujets suivants :

RÉALISATIONS 2014-2015

Évaluation des décès

Le comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical a notamment pour mandat obligatoire d'analyser tous les cas de décès survenus ou constatés dans l'établissement du CSSS des Basques. Les membres du CEQAM ont poursuivi l'étude des dossiers de décès en établissement afin de répondre aux normes législatives. Les analyses des dossiers du secteur de l'urgence/unité 72 heures sont à jour, mais l'évaluation globale annuelle ne sera complétée qu'en avril 2015. Pour les dossiers en hébergement, l'étude des décès de l'année courante est amorcée, mais reste à être complétée. Une grille de collecte de données a par ailleurs été mise à jour afin d'être plus détaillée, et ce, pour chacun des trois secteurs où les décès sont constatés (Urgence-U72h / CHSLD / Soins palliatifs).

Analyse des cas thrombolysés

Depuis 2010, cette étude n'avait pu être faite, principalement en raison du manque d'effectifs médicaux et de lacunes au service des archives où les cas thrombolysés n'étaient pas adéquatement répertoriés. Le CEQAM avait révisé sa grille de collecte de données et a repris l'analyse des cas de thrombolyse depuis les deux dernières années (2012 à 2014) puis en a fait un rapport incluant des recommandations au CMDP.

Analyse des polytraumatisés / in-out à l'urgence

Le service des urgences du CSSS des Basques fait partie du *Réseau provincial de Traumatologie* et est désigné comme centre de stabilisation primaire. Cette désignation fait en sorte que les patients traumatisés sont accueillis à l'urgence et, selon certains critères de gravité, sont redirigés rapidement (idéalement en moins de dix minutes) vers un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire. L'analyse des polytraumatisés par le CEQAM avait accusé un retard depuis 2010. Le comité s'est ainsi penché sur l'étude des polytraumatisés ayant fréquenté le service des urgences du CSSS des Basques depuis les deux dernières années (2012-2014). Il est à noter qu'une procédure a été mise en place depuis 2013 pour détailler maximalement ces épisodes de soins de stabilisation prodigués par le personnel de l'urgence; les données sont donc plus faciles à analyser et à corréler avec le *Registre des Traumatismes du Québec*.

Projets d'évaluation de la qualité de l'acte médical

Dans le cadre des activités d'érudition des résidents de l'UMF, plusieurs travaux d'évaluation de la qualité de l'acte médical ont été menés durant l'année. Ces études sont essentiellement des études rétrospectives par critères explicites et touchent différents champs d'activité médicale au CSSS des Basques, notamment le secteur de l'urgence et les consultations en GMF. Deux études ont été faites depuis avril 2014. Chacune de ces études était accompagnée de recommandations visant l'amélioration de la qualité de l'acte médical et elles ont été présentées au CMDP ainsi qu'à l'ensemble des médecins du CSSS des Basques. Les travaux déposés portaient sur :

- La prise en charge des patients consultant à l'urgence avec exacerbation de maladie pulmonaire obstructive chronique
- La prescription d'un plan d'action lors d'exacerbation aiguë chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique.

Deux autres projets d'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel sont actuellement en cours et seront présentés dans les prochaines semaines. Ces travaux portent sur :

- L'ajustement de la médication chez les patients avec insuffisance rénale chronique
- L'application de la règle d'Ottawa pour la cheville à l'urgence du CSSS des Basques.

Visite d'inspection professionnelle du collège des médecins du Québec (CMQ)

En octobre 2014, des membres du comité d'inspection professionnelle du CMQ sont venus visiter et évaluer les activités du CMDP du CSSS des Basques ainsi que les activités et dossiers médicaux principalement dans le secteur de l'urgence. Tous les documents demandés avaient été mis à leur disposition afin de procéder à l'étude.

Le comité avait émis un rapport et des recommandations portant sur la qualité des soins et la tenue des dossiers, en demandant l'étude de trois dossiers particuliers concernant des soins prodigués à l'urgence. Le CEQAM du CSSS des Basques s'est donc penché sur ces trois dossiers, en a fait l'étude détaillée et a émis ses conclusions et recommandations à la présidente du CMDP. Outre les sujets faisant l'objet de ces recommandations, les autres éléments étudiés satisfaisaient les attentes du comité d'inspection professionnelle du Collège des Médecins du Québec.

PROJETS DU COMITÉ POUR 2015-2016

∴ Maintenir à jour l'étude des cas de décès en établissement
∴ Maintenir à jour, voire sur une base bisannuelle, l'étude des cas de thrombolyse
∴ Maintenir à jour, voire sur une base bisannuelle, l'étude des cas de polytraumatismes dans le contexte de stabilisation primaire
∴ Envisager l'élaboration d'études sur la concordance clinico-radiologique
∴ Poursuivre les travaux d'évaluation de la qualité de l'acte professionnel médical en lien avec l'Unité de médecine familiale.

RAPPORT DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Le comité de gestion des risques et de prévention des infections s'est réuni 4 fois dans la dernière année. Le suivi des événements dans notre établissement est son principal mandat. Nous avons davantage de déclarations que l'an dernier. Nous pouvons supposer que les intervenants connaissent la pertinence de déclarer afin d'améliorer la sécurité chez nos usagers. C'est d'ailleurs le constat qui se dégage des audits effectués à l'urgence, à l'hébergement et aux soins à domicile-soins courants par le comité. Il reste de l'enseignement pour les autres secteurs de l'établissement qui connaissent un peu moins la gestion des risques.

Les chutes et les erreurs dans la gestion des médicaments comptent pour 63,4 % de toutes nos déclarations pour les 9 premières périodes de l'année. Nous remarquons une diminution de 2,5 % par rapport à l'an dernier. Nous devons continuer à travailler très fort pour atteindre la moyenne attendue de 62,79 %. Nous avons fait des travaux en ressources intermédiaires pour diminuer les chutes et les erreurs liées à la médication, fait 2 séries d'audits auprès des infirmières auxiliaires sur l'administration sécuritaire des médicaments, fait des mêlées d'équipe pour diminuer les erreurs en lien avec les heures orphelines et les erreurs dans l'administration des médicaments par voie transdermique, fait la révision du BCM à l'urgence et enfin, revu le processus de mise en place et de suivi des contentions. Deux recommandations ont été faites au CA concernant les chutes en RI et à l'hébergement. Elles ont été mises en place (entretien préventif des mesures alternatives et des contentions, révision du programme des chutes en RI). Il faut poursuivre les travaux amorcés pour la nouvelle année.

Au niveau de la prévention des infections, le comité s'était donné 2 mandats; ne pas réutiliser deux fois la même jaquette à manche longue lorsqu'elle est requise et utiliser des enveloppes hygiéniques pour bassine au lieu du nettoyage manuel de celles-ci, car les risques de contamination sont élevés. Il demeure encore quelques travaux à faire pour utiliser les enveloppes hygiéniques à l'hébergement.

La vaccination antigrippale chez nos employés demeure peu élevée, malgré les recommandations de notre comité. Nous aurons encore ce défi pour l'an prochain.
Des audits sur le lavage des mains ont été faits à l'hébergement. Ils devront être faits dans les prochaines semaines à l'urgence et ensuite, au niveau des autres départements. Il y aura d'autres stratégies à mettre en place pour limiter les infections associées aux bactéries multirésistantes. L'institut national de santé publique du Qué-

bec a eu le mandat de soutenir l'implantation, dans les établissements, dont le nôtre, de stratégies de préventions des infections de la campagne québécoise des soins sécuritaires.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Annie THIBAULT, présidente
Monsieur Dominique ROBERGE, administrateur
Docteure Danielle CADRIN, administratrice
Madame Henriette OUELLET, administratrice
Madame Julie CHARRON, administratrice
Madame Nicole BEAULIEU, administratrice
Madame Marjolaine MARTEL, administratrice
Madame Andrée MICHAUD, administratrice

RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le CECII a tenu cinq rencontres cette année soit les 6 mai, 17 juin, 18 septembre, 16 décembre 2014 et le 24 février 2015.

Cette année avec la loi 10 du gouvernement libéral beaucoup de changements sont à venir. Pour la région du Bas-St-Laurent, huit établissements seront fusionnés en un CISS, soit le CSSS des Basques, le CSSS du Kamouraska, le CSSS de Rivière-du-Loup, le CSSS du Témiscouata, le CSSS de Rimouski, le CSSS de la Mitis, le CSSS de la Matapédia, le CSSS de Matane, le CRDI, le CRDP et le Centre jeunesse du Bas-St-Laurent. Il en est de même pour toutes les instances professionnelles incluant le CECII.

Le CSSS des Basques a dû faire face cette année à quelques départs. D'abord, madame Élizabeth Lavoie, directrice des services à la communauté qui nous a quittés pour son congé maternité. Monsieur Dominique Roberge, chef de l'urgence, qui a décidé de faire un retour aux études.

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Les ordonnances collectives approuvées par le CMDP en 2014

OCD-13 Initier des mesures diagnostiques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez une personne symptomatique

OCM-03 Ajuster le dosage d'antihyperglycémiants oraux dans le cadre du suivi de la clientèle diabétique

OCM-18 Administrer de l'Épinéphrine 1 : 1000 en situation d'urgence

OCM : INF-02-2013 Initier le traitement d'une infection à chlamydia asymptomatique

OCM : INF-03-2013 Initier le traitement d'une infection gonococcique asymptomatique chez l'homme

RGSI 02 XXXX 01 (Remplace PROM-2008-02) Administration du Naloxone (Narcan[MC]) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé

Les ordonnances individuelles (OIS) utilisées en 2014

DSP098 Traitement bronchospasme enfant
DSP099 Traitement bronchospasme adulte
DSP067 Détresse respiratoire, clientèle soins palliatifs
DSP186 Suivi post-exposition liquides biologiques
DSP239 Transfert interétablissement Patient avec atteinte neurologique intubé ventilé
DSP316 Prescription pour transfert du patient thrombolysé
DSP351 Accident vasculaire cérébral et thrombolyse (incluant la téléthrombolyse)
DSP481 Ordonnance d'insuline sous-cutanée
DSP494 Prise en charge de l'acidocétose et de l'état hyperosmolaire diabétique adulte
DSP497 Administration intranasale de fentanyl (sublimaze)
DSP016 Administration de nitroglycérine
DSP017 Traitement par thrombolyse (infarctus du myocarde)
DSP031 Traitement ambulatoire de la thrombophlébite profonde
DSP097 Désanticoagulation avec HPM pour chirurgie élective
DSP122 Héparinothérapie I.V. cardiaque sans thrombolyse
DSP123 Héparinothérapie I.V. veineux
DSP143 Maintien organe du donneur adulte
DSP255 Héparinothérapie I.V. cardiaque avec thrombolyse
DSP107 Aminoglycosides à dose uniquotidienne (gentamicine et tobramycine)
DSP128 Céfazoline-probénécide
DSP209 Administration de la N-Acétylcystéine (Mycomyst) lors d'intoxication à l'acétaminophène
DSP434 Thromboprophylaxie pour clientèle admise autre que chirurgicale
DSP017 Utilisation de Naloxone (narcan) chez l'adulte

Les principales implications du CECII au cours de l'année 2014-2015

∴ Implication dans le comité des présidents des instances professionnelles du CSSS des Basques. Ce comité permet de travailler avec les autres présidents des instances suivantes : CPAS, CIIA, CII, CM, CMDP.
∴ Implication du CECII dans le plan d'action 2014-2015 du programme de rehaussement des compétences des infirmières.
∴ Préceptorat pour deux nouvelles infirmières : Mylène Caron et Pascale Godbout
∴ Audits qualité : deux dossiers par programme par département

Les formations données aux infirmières du CSSS des Basques pour l'année 2014-2015

∴ Approche aux personnes âgées
∴ Les défis des troubles graves de comportement
∴ « Mieux comprendre pour Mieux agir »

∴ Formation sur l'évaluation physique et mentale de la personne âgée
∴ Médecine transfusionnelle
∴ Agressions sexuelles
∴ Contentions
∴ Soins de plaies
∴ Maltraitance
∴ RCR
∴ RSIPA
∴ Soins palliatifs

Les priorités pour l'année 2014-2015 pour le CII

∴ L'attraction et la rétention des infirmières et infirmières retraitées
∴ L'amélioration de la qualité des soins
∴ Amener une accessibilité facilitante à la formation continue

Le CII est un comité consultatif essentiel dans une organisation. Malheureusement, malgré les efforts déployés par les membres de l'exécutif peu de membres infirmiers s'impliquent dans les comités et sur les enjeux que doivent faire face les infirmières. Nous demandons votre collaboration afin de trouver des pistes de solution pour motiver les infirmières à s'impliquer à nouveau.

En terminant, nous tenons à remercier l'équipe de gestion et la direction générale pour leur support et leur encouragement.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Marie-Pier GAGNON, présidente
Madame Diane LEPAGE, vice-présidente
Madame Mélissa DUBÉ, secrétaire
Madame Karolyne GUICHARD, administratrice
Monsieur Marc-André THÉRIAULT, administrateur

RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires s'est rencontré en réunion régulière à quatre reprises durant l'année (avril, octobre, décembre 2014 et janvier 2015).

RÉALISATIONS DE L'ANNÉE

Participation aux comités

- Gestion des risques et prévention des infections
- Santé et sécurité au travail
- CECII

Bilan des activités

- Plan d'action

  Notre rôle étant de maintenir et accroître la qualité de notre pratique professionnelle, nous avons adopté notre plan d'action 2014-2015 soit :
  - Administrer des médicaments ou autres substances conformément à l'horaire préétabli par le professionnel autorisé durant le quart de soirée
  - Mettre sur pied un comité des soins palliatifs interdisciplinaire
  - Revoir les tâches administratives pour infirmières auxiliaires de nuit. Quotas pour commande de matériel.
- Présentation du document : « Suivi des compétences des infirmières auxiliaires en période d'orientation »
- Audits

  Des audits sur l'hygiène des mains, l'administration sécuritaire des médicaments et sur les signatures avec le titre professionnel dans les dossiers et sur les FADM. Il y a eu aussi des audits sur la double vérification, des audits sur l'administration des timbres ainsi que sur l'affichage du menu et vérification auprès du personnel pour savoir s'il avise les résidents de ce qu'ils mangent.
- Remise à jour du dépliant du CII
- Vaccination
- Programme de préceptorat
  - Trois personnes ont accepté le rôle de précepteur
- Programme pour appréciation du personnel
- Mêlée d'équipe
  - Assister à deux réunions clinico-administratives avec Dre Annie Charbonneau
- Activité avec les nouvelles infirmières auxiliaires (à venir)
- Journée de l'infirmière auxiliaire (mai 2014)

Formations

- Les défis des troubles graves de comportement : Mieux comprendre pour mieux agir (juin 2014)
- Conférence régionale sur : Mieux prévenir les infections acquises pendant la prestation des soins… Mission possible (septembre 2014)
- Soins palliatifs (février 2015)

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Réalisation du plan d'action
- Programme de préceptorat
- Comité sur les soins palliatifs
- Contribution de l'infirmière auxiliaire à la vaccination antigrippale
- Mêlée d'équipe
- Activité pour favoriser l'intégration et la rétention du personnel
- Formation
- Continuer à faire des audits
- Organisation du matériel sur les étages surtout au 3e étage
- Conserver un CIIA local

Objectifs

- Administrer des soins de qualité et sécuritaires selon notre champ de compétence et notre responsabilité
- Maintenir la qualité de notre pratique professionnelle par la formation continue
- Pleine et entière utilisation de notre champ de pratique (vaccination, urgence, CLSC, GMF, etc.)

Conclusion

Après consultation auprès de madame Line Moisan, directrice générale, notre comité ne tiendra pas d'assemblée générale annuelle cette année, en raison du dépôt du projet de loi no 10 qui actuellement ne comporte aucune disposition obligeant les établissements à accorder un budget de fonctionnement à ses conseils et comités.

Nous sommes donc dans l'incertitude concernant l'avenir pour le CIIA. C'est pourquoi nous tenons à remercier tous ceux qui ont cru en nous et nous ont soutenus tout au long de ces années.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Henriette OUELLET, présidente
Madame Dany APRIL, vice-présidente
Madame Véronique BERNIER, secrétaire
Madame Lise LÉTOURNEAU, communications
Madame Annie THIBAULT, conseillère-cadre en soins infirmiers

RAPPORT DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Pour l'année 2014-2015, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire du CSSS des Basques a tenu 4 rencontres régulières au cours de la dernière année (mai, septembre, novembre et février). La rencontre planifiée, en octobre, étant de remettre les commentaires et les modifications suite à une requête de la gestionnaire des services techniques du CSSS des Basques en lien avec les procédures du code blanc.

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Lors de nos rencontres, le comité exécutif a échangé sur différents sujets. Nous poursuivons les objectifs établis par la révision du plan d'action 2013-2016.

Objectifs

- ∴ Obtenir une mise à jour et contribuer aux démarches de qualité
- ∴ Trouver des solutions venant soutenir la politique de formation de l'établissement afin d'accroître ou de conserver les connaissances et les compétences du personnel
- ∴ Dynamiser le Conseil multidisciplinaire et augmenter son rayonnement
- ∴ Participer à l'amélioration de la confidentialité.
- ∴ Créer des environnements favorables dans les Ressources intermédiaires (RI).

Participation à différents comités

- ∴ Comité de gestion de risques et prévention des infections
- ∴ Comité des présidents des instances professionnelles du CSSS des Basques

Nous avons été consultés sur des politiques et des procédures afin d'émettre nos commentaires et/ou recommandations :

- ∴ Procédures sur le code blanc
- ∴ Politique pour une saine alimentation : rencontre avec la gestionnaire au dossier avec les nutritionnistes du CSSS des Basques
- ∴ Questionnaire complété pour le comité de gouvernance et d'éthique du CSSS des Basques en vue d'effectuer un audit qualité.

Lors des rencontres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire, nous avons lu, partagé et échangé sur différents sujets en présence de différents gestionnaires du CSSS des Basques. De ces rencontres découlent des recommandations et/ou avis auprès des gestionnaires concernés :

- ∴ Demande de changement annuel des codes des portes à codes
- ∴ Changement de dépôt du courriel interne ainsi que le courrier de Postes Canada afin de préserver la confidentialité dans les endroits ciblés

- Demande écrite de modifier l'emplacement de la pancarte lors de rassemblement dans le stationnement en cas d'évacuation et de la replacer à l'endroit prévu à cet effet
- Communiqué invitant tous les membres du conseil multidisciplinaire à devenir des agents de confidentialité et nous souhaitons que tous les membres des autres instances professionnelles du CSSS des Basques deviennent eux aussi des agents de confidentialité
- Suite à la consultation de la politique de la saine alimentation : Le Conseil multidisciplinaire supporte la démarche dans l'établissement par contre, il est suggéré d'aviser le Comité Centraide, les organisations syndicales et les autres instances professionnelles du CSSS des Basques
- Projet SERG : Fusion des centres d'activités dans les MRC des Basques. Le Centre de jour pour personnes âgées en perte autonomie a débuté dans la municipalité de Saint-Jean-de-Dieu : porteur du dossier Société d'Alzheimer. À Trois-Pistoles, le projet est à venir
- Une formation portant sur les mêlées d'équipe afin d'utiliser l'outil et d'apporter des pistes d'amélioration de la qualité dans différents secteurs d'activité : Julie Charron était la personne formée
- Une démarche auprès de l'agent de communication du CSSS des Basques est initiée pour qu'on retrouve inscrit sur la porte de la salle de pause des employés « pour employés seulement »
- Présence de certains membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire lors de la présentation de l'équipe intégrée PASSAJE en septembre 2014.

Le 10 novembre 2014, les membres du conseil multidisciplinaire du CSSS des Basques ont eu la possibilité de s'exprimer à travers un dîner CM. Au total, 20 membres ont assisté à cette rencontre et les sujets discutés étant en lien avec le plan d'action 2013-2016 :

- Les besoins exprimés des membres et l'implication des membres dans différents dossiers
- Les suivis de la politique pour une saine alimentation ainsi que le contrat de service en lien avec les machines distributrices,
- Les démarches auprès des ressources intermédiaires en vue d'effectuer un audit qualité
- Le dépliant du conseil multidisciplinaire avec les modifications
- La politique de formation
- Siège CM-CIIA au conseil d'administration du CSSS des Basques

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire est une instance professionnelle qui a un mandat de vigie sur la qualité des soins et des services. Dans un processus d'amélioration de la qualité des soins et des services auprès de la clientèle, deux intervenantes ont

procédé à un audit qualité sur le suicide le 29 janvier 2015 auprès de tous les intervenants œuvrant auprès de la clientèle adulte en santé mentale du CSSS des Basques. Suite à des préoccupations sur la qualité des soins et des services des ressources intermédiaires (RI), le CECM a été interpelé pour prendre part à un audit qualité concernant la standardisation du processus de recommandations transmises dans les RI par les intervenants du CSSS des Basques. Cette démarche s'inscrit dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins et services administrés aux patients des RI.

Pour la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, un budget de 500 $ est octroyé par la direction générale afin de contribuer à la visibilité du conseil multidisciplinaire, d'organiser des activités auprès des membres en lien avec les démarches d'amélioration continue de la qualité.

Pendant la dernière année, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire espère avoir accompli son mandat à la suite des attentes émises par ses membres ainsi que la direction générale. Nous sommes soucieux de la qualité des soins et des services, la continuité et l'accessibilité de la pratique professionnelle de l'ensemble de nos membres.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Hélène BÉLANGER, présidente
Madame Anne-Marie CHAREST, vice-présidente
Madame Julie CHARRON, secrétaire
Madame Caroline COUILLARD, administratrice
Madame Stéphanie Rioux, administratrice
Madame Élizabeth LAVOIE, cadre désignée

RAPPORT DE LA FONDATION DU RSSS DES BASQUES

Recueillir des fonds afin de soutenir financièrement notre Centre de santé dans les services dispensés aux usagers de notre milieu.

PROJETS & ÉQUIPEMENTS FINANCÉS : 31 577,62 $
Pour tous les résidents : le service de câblodistribution et des activités de Noël
Pour la clientèle en périnatalité : Bilirubinomètre
Pour la clientèle en maladies chroniques : Tapis roulant à la salle d'entraînement
Pour la clientèle en hébergement : 8 ceintures de contention
Pour la clientèle à l'urgence : Système veinviewer vision

Pour les soins palliatifs : 2 causeuses et 4 chaises pour le confort des familles

RAPPORT DES ACTIVITÉS 2014 :
69 750 $
Tournoi de golf annuel : Profits 35 400 $

La Fondation a célébré son 20e Tournoi de golf annuel avec la Famille Pettigrew de la Fromagerie des Basques comme Présidence d'honneur.

Campagne carte de membre : Profits 8 700 $
* Membres individuels : 490
* Membres corporatifs : 16
* Dons reliés à la campagne : 3 000 $

La Nuit aux mille feux : Profits 13 000 $

La Fondation s'est associée avec Ressources Familles des Basques afin d'organiser la première édition d'une nuit de ski au Mont St-Mathieu.

L'événement a permis aux deux organismes d'amasser un total de 22 300 $ et de partager les profits de 13 000 $.
Dons in memoriam : 4 500 $

Café du matin au CSSS : 1 800 $

Dons : 11 600 $

Bingo : 450 $
Vente de garage : 800 $

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Rachel G. MALENFANT, présidente
Monsieur M.-André THÉRIAULT, vice-président
Monsieur Lorenzo BEAULIEU, administrateur
Docteure Annie CHARBONNEAU, administratrice
Monsieur Roland CÔTÉ, administrateur
Monsieur Jean-Louis D'AMOURS, administrateur
Monsieur Alain DUMONT, administrateur
Madame Carmen NICOLE, administratrice
Monsieur Denis PELLETIER, administrateur
Monsieur Jean-Jacques RIOUX, administrateur
Monsieur Marc-Antoine RIOUX, administrateur
Monsieur Roger RIOUX, administrateur
Madame Line MOISAN, administratrice
Madame Élizabeth LAVOIE, représentante de l'établissement

36 BÉNÉVOLES

15 OMNIPRATICIENS DANS L'ÉQUIPE MÉDICALE

215 EMPLOYÉS

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2015

Personnel détenteur de postes	Exercice courant	Exercice précédent	Variation
Temps complet, nombre de personnes[1]	5	7	-2
Temps partiel, nombre de personnes[1]	2	2	-
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	-	-	-
Temps complet, nombre de personnes[2]	87	89	-2
Temps partiel, nombre de personnes[2]	80	79	1
Équivalent temps complet	96	85	11
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	0	0	-
Personnel non-détenteur de postes (occasionnels)	66	68	-2
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	251 547	256 721	5 174
Équivalent temps complet[3]	242	137	105

[1] Note 1 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi
[2] Note 2 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi
[3] Note 3 : les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

AVANT-PROPOS

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CSSS des Basques s'appuie sur les valeurs inscrites de l'établissement, de même que sur les obligations et devoirs précisés dans les textes de loi.

L'éthique réfère à une manière d'agir qui fait appel à la créativité, à la responsabilité et à la réflexion sur la conduite humaine ainsi que sur les valeurs qui l'alimentent. Ainsi, les pratiques administratives du conseil d'administration trouvent leur sens et leur légitimité en s'appuyant sur les valeurs inscrites au code d'éthique de l'établissement, mais également sur les valeurs de gestion : le respect, la collaboration, la coresponsabilité, la rigueur, la cohérence et l'honnêteté constituant autant de balises susceptibles de guider chaque prise de décision.

Dans cette optique, les membres du conseil d'administration du CSSS des Basques s'engagent à centrer leurs décisions et leurs actions sur la satisfaction des besoins en matière de santé et de bien-être, de l'ensemble des clientèles desservies, de même que sur une offre de services accessibles, intégrée et de qualité, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement et en conformité avec les orientations nationales et régionales.

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le Centre de santé et de services sociaux des Basques et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la Loi sur le ministère du Conseil exécutif édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du Code civil du Québec (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DOIVENT AGIR DANS LES LIMITES DES POUVOIRS QUI LEUR SONT CONFÉRÉS, AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE COMME LE FERAIT EN PAREILLES CIRCONSTANCES UNE PERSONNE RAISONNABLE, AVEC HONNÊTETÉ, LOYAUTÉ ET DANS L'INTÉRÊT DE L'ÉTABLISSEMENT OU SELON LE CAS, DE L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS QU'ILS ADMINISTRENT ET DE LA POPULATION DESSERVIE.

Le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux des Basques s'inscrit dans le cadre de sa mission, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le Centre de santé et de services sociaux des Basques est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de service, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans la planification stratégique 2010-2015 du Centre de santé et de services sociaux des Basques. Également, le Centre de santé et de services sociaux des Basques se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques, de favoriser l'honnêteté au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques. En effet, ce Code :

- Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts
- Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts
- Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs
- Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions
- Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions

Le présent Code s'applique à tout administrateur du Centre de santé et de services sociaux des Basques. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec, L.R.Q., c. C-1991
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, L.R.Q., c. M-30

ARTICLE II - DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

Administrateur : un membre du conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté.

Code : le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité de gouvernance et d'éthique : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin. De plus, s'ajoute le traitement d'une situation de manquement ou d'omission d'un administrateur dont il a été saisi.

Conflit d'intérêts : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt

direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16.

Conseil d'administration : désigne le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques.

Entreprise : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement.

Établissement : désigne le Centre de santé et de services sociaux des Basques.

Famille immédiate : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'Établissement.

Intérêt : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

Loi : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents.

Personne indépendante : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement[3].

Proche : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de

---

3. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif.

Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

LES PRINCIPES ÉTHIQUES COMPORTENT UN CERTAIN NOMBRE D'ENGAGEMENTS RELIÉS AUX RELATIONS ENTRE LES PERSONNES, AU BON DÉROULEMENT DES RÉUNIONS ET À la DIVULGATION DE L'INFORMATION

Œuvrer dans le respect de l'établissement

L'administrateur se familiarise avec l'énoncé de la mission du Centre de santé et de services sociaux des Basques, ses objectifs, sa constitution, ses règlements et ses politiques afin de remplir les tâches associées à ses fonctions avec pleine conscience des priorités du CSSS des Basques telles qu'elles sont formulées par le conseil.

Œuvrer dans le respect des personnes :

- L'administrateur agit de façon courtoise et de bonne foi de manière à préserver la confiance et la crédibilité reliées à ses fonctions
- L'administrateur reconnaît que les autres membres peuvent avoir des idées différentes
- L'administrateur s'efforce de comprendre le point de vue des autres
- L'administrateur évite toute forme de discrimination
- L'administrateur assume son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration du CSSS des Basques

Œuvrer avec honnêteté et intégrité :

- L'administrateur agit avec loyauté et intégrité envers les membres du conseil d'administration
- L'administrateur s'abstient d'engager le conseil d'administration ou la direction, à moins d'y avoir été mandaté expressément
- L'administrateur accueille positivement et partage les informations permettant d'améliorer les interventions et le travail du groupe
- L'administrateur favorise les consensus et recherche les terrains d'entente
- L'administrateur assiste aux réunions du conseil d'administration et prend une part active aux discussions
- L'administrateur s'oblige à prendre position sur toute proposition lorsque le vote est requis
- L'administrateur s'implique dans les activités de formation et d'information touchant son rôle et sa fonction
- L'administrateur fait preuve d'un sens profond de solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même d'enregistrer sa dissidence sur toute décision prise par le conseil d'administration, mais par la suite, l'administrateur se fait un devoir et une obligation de tenir des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.

Œuvrer avec discrétion et en préservant la confidentialité :

- L'administrateur fait preuve de rigueur et de prudence et s'assure de livrer une information pertinente et vérifiable

- L'administrateur s'abstient de communiquer des renseignements protégés en vertu de la Loi sur l'accès à l'information ou d'une décision confidentielle du conseil d'administration
- L'administrateur préserve la confidentialité des débats, échanges et discussions pendant et après l'expiration de son mandat, et évite de donner des informations dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement ou constituer une atteinte à la vie privée.

ARTICLE IV – RÈGLE DE DÉONTOLOGIE

LA DÉONTOLOGIE EST UN ENSEMBLE DE RÈGLES ET DE NORMES DE CONDUITE QUI RÉGISSENT UNE PROFESSION OU UNE FONCTION, ET DANS CE DERNIER CAS, CELLES D'ADMINISTRATEUR[4]

Disponibilité et participation active

L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soins et compétences

L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soins et compétences, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

---

4. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

Honnêteté

L'administrateur exerce ses responsabilités avec honnêteté, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

Charge publique

L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit

ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V - ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au conseil d'administration le formulaire de **l'Annexe II** du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

ARTICLE VI - CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement
- Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration
- Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement

Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette

situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE VII - FIN DU MANDAT

Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

Au mois de septembre de chaque année, le conseil d'administration revoit la composition de ses comités.

ARTICLE VIII - APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

- Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30)
- Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration
- Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code
- Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code
- Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations
- Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption
- Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant
- Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code
- Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE X - DIFFUSION DU CODE

L'Établissement rend le présent Code accessible au public sur son site WEB et le publie dans son rapport annuel.

Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI - DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'Établissement.

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les quatre (4) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEXE I
(Article 8.1.2 de ce Code)
Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre de santé et de services sociaux des Basques.

Nom de l'administrateur

Date de l'adoption

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques et je m'engage à m'y conformer.

Nom de l'administrateur

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	*Date*	*Lieu*
_____	_____	
Nom du témoin	*Signature du témoin*	

ANNEXE II
(Article 5.1 de ce Code)
Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration dû aux faits suivants :

Nom de l'administrateur

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature de l'administrateur *Date* *Lieu*

ANNEXE III
(Article 6.4 de ce Code)
Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je soussigné(e), _____, administrateur du
Nom de l'administrateur
Centre de santé et de services sociaux des Basques, déclare les intérêts suivants :

Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le Centre de santé et de services sociaux des Basques ou qui est susceptible de le devenir. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées*

_____

_____

J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés*

_____

_____

J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi	***Employeur***
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	*Date*	*Lieu*

ANNEXE IV
(Article 6.5 de ce Code)
Formule de déclaration de conflit d'intérêts

Je soussigné(e) _____ déclare par
Nom de l'administrateur
la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____
Signature de l'administrateur *Date* *Lieu*

ANNEXE V
(Article 6.8 de ce Code)
Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, estime
Nom de la personne
que l'administrateur (ou les administrateurs) suivant(s) :
_____ sont en situation de conflit
d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____

Je demande l'avis du comité de gouvernance et d'éthique.

Je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, (L.R.Q., c. A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____ _____ _____

Signature de l'administrateur *Date* *Lieu*

ANNEXE VI
(Article 9.5 de ce Code)

Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent code d'éthique

Je, soussigné(e)_____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

Nom de la personne

_____ _____ _____

Signature de l'administrateur *Date* *Lieu*

ANNEXE VII –MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

TOUT MANQUEMENT OU OMISSION CONCERNANT UN DEVOIR OU UNE OBLIGATION PRÉVU DANS LE PRÉSENT CODE CONSTITUE UN ACTE DÉROGATOIRE ET PEUT ENTRAINER UNE MESURE, LE CAS ÉCHÉANT.

Le comité de gouvernance et d'éthique agit, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

Le comité de gouvernance et d'éthique détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de gouvernance et d'éthique et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de gouvernance et d'éthique.

L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

Le comité de gouvernance et d'éthique peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

Tout membre du comité de gouvernance et d'éthique qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

Le comité de gouvernance et d'éthique doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de gouvernance et d'éthique, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

Le comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les soixante [60] jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- Un état des faits reprochés
- Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé
- Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code
- Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions doit être écrite et motivée.

Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (L.R.Q., c. A-21.1).

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,46	0,50	92,9	ND	NA
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	1,65	1,00	165,0	ND	NA
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,35	0,50	70,4	ND	NA
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,20	0,25	81,0	ND	NA
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	13	100,0	0,0	0,0	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	13	100,0	90,0	111,1	75,0	133,3
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	50,0	90,0	55,5	75,0	66,6
1.01.22-EG2 Nombre d'activités de counseling post-test ITSS avec intervention préventive	13	0	ND	NA		
1.01.23-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables	13	4	ND	NA		

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	363	200	181,5	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	3,25	0,00	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	22678	20513	110,5	ND	NA
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	13	69,86	70,00	99,8	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Indicateur 1.3.5.1 : Le nombre d'heures CES est comptabilisé à partir de la période 9 de l'année financière 2009-2010, l'information n'est pas disponible pour les périodes antérieures.

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	93,8	90,0	104,1	90,0	104,1
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	90,9	90,0	101,0	90,0	101,0
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	75,0	133,3
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	94,1	ND	NA		
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	90,9	90,0	101,0	ND	NA
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	19	11	172,7	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	10	12	83,3	18	55,5
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	10	0,0	ND	NA
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	4,41	0,00	0,0	12,00	163,2
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	170	180	94,4	165	103,0
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	5,86	11,00	146,7	12,00	151,1
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	6,84	11,00	137,8	12,00	143,0
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	1,79	0,00	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	41	0	0,0	43	95,3
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	16,07	0,00	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	8,71	7,00	75,5	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	3,83	2,55	49,8	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	1,39	1,17	89,9	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en men-

tionner la source